N° 9.

ESSAI

SUR

LE DIAGNOSTIC ET LA THÉRAPEUTIQUE

DU

RAMOLLISSEMENT CÉRÉBRAL.

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier, le 7 mars 1842,

PAR

ALEXANDRE-LUCULLUS MARIA,

de Comps (Var),

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE.

Montpellier,

IMPRIMERIE DE X. JULLIEN, MARCHÉ AUX FLEURS, 2.

1842.

A Monsieur RENÉ,

PROFESSEUR DE MÉDECINE LÉGALE A LA FACULTÉ
DE MONTPELLIER.

Daignez accepter, à titre de reconnaissance,
l'hommage de mon premier essai médical.

A.-L. MARIA.

Digitized by the Internet Archive
in 2016

https://archive.org/details/b22392002

A MON PÈRE ET A MA MÈRE.

Mon avenir a toujours été l'objet de votre sollicitude; améliorer le votre sera toujours l'objet de la mienne.

A MES BIEN-AIMÉS FRÈRES, SŒURS ET L. M. H.

Penser à vous est chose bien douce.

A TOUS MES PARENTS.

Amitié.

A MES ESTIMABLES COUSINS,

HENRI et PROSPER **REMUSAT** de Marseille.

A MES CHERS AMIS,

ARMAND **BEAUGUIL** d'Olonzac

ET

CHARLES **HOMPS** de Limoux,

DOCTEURS EN MÉDECINE.

A MES AUTRES ET EXCELLENTS AMIS,

CASIMIR LACROIX de Cérignan et ÉMILE ROBERT de Tampico (Mexique.)

Sympathie d'un condisciple de cœur.

A.-L. MARIA.

Notre travail comprend deux parties : l'une est relative au diagnostic, l'autre à la thérapeutique.

I. Le diagnostic n'embrasse pas seulement la connaissance de la maladie et de ses périodes, mais encore celle de sa nature.

1° Dans chaque genre, nous avons tâché de distinguer le ramollissement de toute autre maladie cérébrale.

2° Dans chaque genre, nous avons déterminé par le caractère des symptômes les progrès du ramollissement cérébral.

3° Dans chaque genre enfin, nous nous sommes mis à la recherche de la nature du ramollissement, qui pour nous constitue le génie de la maladie, et d'où dépendent les indications thérapeutiques. Et la nature du ramollissement nous est moins révélée par l'aspect des parties ramollies, par les symptômes qui en dérivent, que par l'ensemble des causes générales qui ont agi sur l'individu, par son âge, sa constitution, son tempérament, etc.

Dans le premier genre, la diversité de nature du ramollissement cérébral est prouvée par l'analyse anatomo-pathologique.

Dans le second, elle l'est par l'analyse des symptômes.

Dans le troisième, par l'analyse thérapeutique.

Dans le quatrième, par l'analyse des causes.

Dans le cinquième, par l'analogie.

Dans le sixième, par toutes les voies d'analyse.

II. La thérapeutique s'occupera de certaines généralités applicables à tous les cas.

En finissant ce travail, puissions-nous au moins avoir fait œuvre d'instruction ! Et nos juges seraient pleinement satisfaits.

ESSAI

SUR LE

DIAGNOSTIC ET LA THÉRAPEUTIQUE

DU RAMOLLISSEMENT CÉRÉBRAL.

PREMIÈRE PARTIE.

—

> C'est de la science du diagnostic que dépend la thérapeutique, et c'est vers les notions de ce genre que nous devons diriger sans cesse notre attention.
>
> Bérard, pag. 471 du t. II des mal. chron. de Dumas

Cet état, dans lequel une partie du cerveau perd de sa consistance normale, a reçu le nom de ramollissement. Cette expression est vague et indéterminée; elle ne préjuge en rien sur la nature de la maladie; et

c'est, pour cela même, que nous l'adoptons. Et je dis *une partie* du cerveau, car, lorsque cet organe est ramolli dans sa totalité, l'on ne doit pas avoir la certitude que cette altération est l'effet d'un état morbide. Cette mollesse, comme le remarque fort bien M. Lallemand, peut dépendre de l'époque à laquelle on examine le cerveau, ou de l'état général des solides au moment de la mort.

A peine signalé par d'anciens anatomistes et confondu pendant long-temps avec certaines formes d'apoplexie, on le voit occuper, d'une manière spéciale, un très grand nombre d'observateurs modernes. De rare qu'il était auparavant, il semble se multiplier sous leur plume, tant il est vrai que, lorsqu'un trait de lumière surgit à l'horison de la science, le peuple des savans le salue avec une soumission aveugle, ou le repousse avec acharnement, selon qu'il en résulte, pour les doctrines acceptées, une flatterie agréable ou des contrariétés nombreuses. Or, dans l'état morbide actuel, chacun a voté pour l'admission; mais chacun aussi l'a examiné sous un point de vue particulier et toujours en rapport avec les idées médicales adoptées. De là nécessairement des notions diagnostiques diverses.

1° Peu de médecins se sont mis à faire l'analyse exacte des causes procatarctiques, au milieu desquelles apparaît le ramollissement cérébral. Et ceux-là devaient à coup sûr être conduits à des opérations diagnostiques opposées à celles de ces autres qui ont senti tout le fruit que l'on pouvait retirer de l'analyse des

causes générales dont le nombre ne saurait être limité d'une manière précise. La preuve, nous la trouvons dans les ouvrages de MM. Rostan et Bouillaud. Le premier tient compte, par exemple, de l'âge dans le ramollissement cérébral, parce que l'expérience lui a fait voir que la vitalité des organes diffère aux diverses époques de la vie, et qu'un défaut de cette vitalité peut fort bien produire l'altération pathologique dont il est question. Le second, au contraire, part toujours d'une idée préconçue, l'inflammation, et s'il fait par hasard attention aux âges, ce n'est que pour tracer les degrés de cette inflammation, seule cause génératrice du ramollissement cérébral.

2° Les symptômes du ramollissement de la pulpe cérébrale ont été parfaitement saisis, tant sous leur rapport de nombre que sous leur rapport de variété, d'intensité, de siége et d'association. Mais, lorsqu'on a voulu les analyser, et tirer de cette analyse des propositions diagnostiques, il s'est élevé des dissidences nombreuses. C'est ainsi, par exemple, que, voulant établir le diagnostic différentiel, l'on a dit : la contracture appartient au ramollissement du cerveau, et le délire à la méningite de la convexité; d'autres ont pu soutenir le contraire, éclairés qu'ils étaient par l'expérience clinique. Il y a plus, s'agit-il de pénétrer dans la nature du ramollissement à l'aide de l'analyse nosologique ? Chez les uns, tout est disposé pour n'admettre que l'*unité* de nature, l'inflammation ; chez les autres, au contraire, tout parle en faveur de la *pluralité*.

3° L'anatomie pathologique est un excellent moyen d'analyse, mais il faut en user dans de justes bornes; il ne faut pas lui accorder plus d'importance qu'elle n'a réellement. Et cette réserve devrait surtout avoir lieu dans le cas où l'on se propose de déterminer la nature d'une maladie; car, cette détermination, quelle qu'elle soit, tient de trop près à la thérapeutique. Or, c'est ce que l'on n'a pas fait à l'égard du ramollissement du cerveau. Et même, s'il faut le dire, l'exagération a été portée à son comble. N'est-il pas vrai que le ramollissement, en tant que fait matériel, a été examiné jusqu'à ses dernières limites de siége, de couleur et de consistance, et qu'il a par lui-même avoué sa nature *inflammatoire*, oubliant ainsi les autres moyens d'analyse? Et pour ne parler que de la couleur du ramollissement cérébral, voici quelques données en usage:

1° Les parties ramollies sont d'un beau rouge, ou bien la teinte en est plus foncée au point de représenter des taches scorbutiques; donc le ramollissement est *inflammatoire*.

2° Il n'y a plus d'injection sanguine, mais il est évident qu'elle a été remplacée par du *pus* : de là, des ramollissemens d'un blanc mat, des ramollissemens jaunâtres et verdâtres, des ramollissemens dont la couleur est tout-à-fait semblable à celle du cerveau dans son état normal, des ramollissemens enfin, dont le pus n'est autre chose que de la sérosité; donc ces ramollissemens sont encore *inflammatoires*. Plus tard nous ferons voir qu'il n'en est pas ainsi; disons pour le mo-

ment que des praticiens distingués se sont fortement prononcés contre cette manière de simplifier les faits pathologiques.

4° Une autre source d'inductions sages est ouverte au diagnostic; elle est fondée sur ce principe incontestable : *naturam morborum ostendit curatio.* Dans ses applications au ramollissement cérébral, on n'en a pas voulu tenir compte, c'est le mot. Qui ne sait pourtant que, parmi les ramollissemens cérébraux, il en est qui se trouvent mal des antiphlogistiques, tandis que d'autres les réclament impérieusement? Et que l'on ne dise pas que cela tient aux périodes de la maladie; car, ces effets s'observent à l'époque même où le ramollissement est *imminent*! Que l'on ne dise pas non plus que cela tient à la marche de la maladie, puisque les résultats ne sont pas changés dans le cas où le ramollissement affecte une marche très aiguë! Ces considérations prendront, au reste, plus de clarté dans le cours de ce travail.

5° Enfin l'analogie, appliquée au diagnostic du ramollissement du cerveau, devait former un autre moyen d'analyse, capable d'aider la détermination de sa nature.

Tels sont les moyens d'analyse applicables à la maladie qui va nous occuper. C'est en les consultant tous à la fois, en les cultivant d'une manière égale, que l'on peut tendre vers des notions diagnostiques exactes, et telles que l'exige l'art de la médecine pratique.

Avant d'aller plus loin, il est nécessaire de faire connaître les distinctions symptomatiques, dont il a été

déjà question. Chacune d'elles résume un fait d'observation clinique, et constitue un genre de ramollissement cérébral. Les voici : premier genre : paralysie ; second genre : contracture et paralysie ; troisième genre : convulsions et paralysie ; quatrième genre : troubles de la sensibilité et paralysie ; cinquième genre : lésions de l'intelligence et paralysie ; sixième genre : association de plusieurs des phénomènes précédents et toujours paralysie.

Premier genre.

Une seule expression symptomatique le constitue, c'est la paralysie. Et je désigne par ce dernier mot une diminution ou une abolition de la contractilité musculaire d'une ou de plusieurs parties de l'organisme. C'est au reste ce que démontre l'étymologie : παραλυω, *je résous*, *je relâche*. Néanmoins, comme il existe, entre la simple diminution des forces motrices et leur abolition, d'autres nuances, il serait convenable de distinguer plusieurs degrés que l'on pourrait réduire à trois : premier degré de paralysie caractérisé par l'engourdissement et la pesanteur; second degré ou faiblesse musculaire et même myotilité en partie détruite ; troisième degré ou perte totale et permanente des mouvemens. Cette distinction est utile, en ce sens qu'elle nous

fait connaître les progrès du ramollissement cérébral ; c'est du reste ce que nous verrons bientôt.

Deux cas peuvent se présenter : ou bien la paralysie est progressivement croissante ou bien elle atteint tout à coup son maximum d'intensité. Ces deux aspects de la paralysie méritent une attention toute particulière, et sous ce rapport, l'on peut les présenter comme deux espèces parfaitement distinctes.

Première espèce : *paralysie progressive, locale.* Un ancien tailleur, âgé de 63 ans, entre à l'hopital avec une ictère et une ascite, dont la cause nous paraît tenir à une affection de foie.

Cet homme déjà émacié s'avançait lentement vers une terminaison fatale, lorsqu'un jour il se plaignit d'une pesanteur singulière et d'un engourdissement dans les membres supérieur et inférieur du côté gauche. De ce côté, il ne pouvait serrer les objets avec la main que beaucoup moins fortement. Essayait-il de marcher, il lui semblait qu'un poids de cinquante livres, c'étaient ses expressions, retenait à terre son pied gauche. Il n'avait d'ailleurs aucune céphalalgie, aucun étourdissement, aucun signe, en un mot, de congestion cérébrale.

Pendant les six semaines suivantes, le mouvement se perdit de plus en plus dans les membres gauches, et enfin l'hémiplégie fut complète

Deux mois environ après que les premiers signes de paralysie se furent montrés, la langue se sécha, du dévoiement s'établit, et bientôt le malade succomba. Jusqu'à l'instant de la mort, on ne remarqua d'autre

accident, du côté du système nerveux, qu'un état obtus de l'intelligence qui ne survint qu'en même temps que la langue se sécha.

A aucune époque, il n'y avait eu de contracture. (1)

AUTOPSIE.

Crâne. Un peu au-dessus du centre ovale de Vieussens, et à une distance à peu près égale de ses extrémités antérieure et postérieure, l'hémisphère droit présente un ramollissement qui occupe un espace capable d'admettre un œuf ordinaire. Ce ramollissement est d'un *blanc-grisâtre.* Aucune autre altération appréciable n'existe dans les centres nerveux. Les ventricules ne contiennent qu'une médiocre quantité de sérosité.

Thorax. État sain des organes qu'il renferme.

Abdomen. Sérosité citrine dans le péritoine. Foie en cirrhose. Pointillé rouge vif de la membrane muqueuse de l'estomac, vers le grand cul-de-sac. Injection assez notable d'un grand nombre d'anses intestinales, et de plusieurs points du colon.

Cette observation va nous ouvrir la voie que nous nous proposons de suivre par la suite, dans la détermination des point les plus importants du diagnostic, tels que la connaissance de la période à laquelle se trouve le ramollissement, son diagnostic différentiel d'avec les autres maladies du cerveau, et sa nature.

I. Existe-t-il entre le ramollissement cérébral et la paralysie qui en résulte, des connexions telles qu'il soit

(1) Andral, Clin. méd. t. v, pag, 417.

possible de juger par cette dernière les progrès du ramollissement? La réponse est affirmative ; et l'on en trouvera les élémens dans l'histoire du professeur Andral.

1° Où en était le ramollissement de l'hémisphére droit, à partir de l'époque où l'hémiplégie gauche fut complète? La résolution de ce problême ressort évidemment de l'analyse que l'on peut faire des observations que l'on a publiées sur la maladie qui nous occupe. Dans toutes, et il faut bien le noter, la paralysie existe; dans toutes, le diagnostic n'est certain que lorsque cette dernière apparaît; mais dans toutes aussi la paralysie, parvenue *à son nec plus ultrà*, coïncide avec un ramollissement *achevé* de la pulpe cérébrale. Et par ramollissement *achevé*, j'entends la mortification entière des parties ramollies. Cette opinion a du reste pour garant les faits nombreux que l'on a donnés sur la pathologie du cerveau. Néanmoins, et l'on doit le dire, M. Lallemand n'a pas observé des traces de paralysie dans les Nos 18, 19, 20 et 22 de sa deuxième lettre; elle ne s'est pas non plus montrée dans les quatre premières observations de M. Andral; et une seule fois, son existence est douteuse dans l'un des cas cités par M. Rostan. Ce sont-là des exceptions qui figurent parmi les maladies que l'on a désignées sous le nom de *latentes*; mais jamais elles ne doivent prévaloir sur les faits généraux ; ceux-ci seuls font loi. Sans cela, tout diagnostic devient impossible.

De ce qui précède, il est permis de conclure que, dans tout ramollissement cérébral *achevé*, la paralysie

est à son dernier degré. Mais il faut de plus qu'elle soit *fixe*, permanente, et non fugitive , passagère. D'autre part, il est prouvé que la paralysie est le caractère essentiel du ramollissement cérébral ; et voilà pourquoi tous les genres que nous avons admis en font mention.

Dans l'observation de notre tailleur le ramollissement se trouvait donc *achevé*, dès l'instant où tout mouvement musculaire fut impossible dans les membres gauches.

2° Si l'expérience clinique nous démontre la possibilité de prévoir un ramollissement *achevé*, d'après les caractères de la paralysie, en est-il de même, lorsqu'il s'agit d'un ramollissement qui commence à peine?

« Rien n'est plus difficile à fixer que la durée des » maladies, nous répond M. Rostan. L'invasion en est » souvent obscure et la terminaison insensible et peu » déterminée. On ne sait pas, au juste, quand elles com- » mençent , ni quand elles finissent. La terminaison » fatale de celle qui nous occupe ne laisse malheureu- » sement aucune incertitude sur l'époque où elle a lieu. » Il n'en est pas de même de l'invasion. Faut-il la fixer » au moment où se sont manifestées les premières » atteintes de l'affection ? ou doit-on la faire remonter » jusques à l'instant où la paralysie frappe le malade » avec plus de violence ? Je penche pour cette dernière » affirmative, quoiqu'il y ait commencement d'altération, » dès le moment où les signes précurseurs se déclarent. »

Je partage en entier les idées du professeur de Paris. Seulement il est bon de faire remarquer que sa période *d'invasion* n'est autre chose pour nous qu'un ramollis-

sement *formé*. Quant aux symptômes que M. Rostan désigne sous le nom de *précurseurs*, ils constituent, d'après notre manière de voir, cette autre période dans laquelle le ramollissement est *imminent*.

Faisant l'application de ces données expérimentales à l'histoire de notre tailleur, nous dirons que le ramollissement de l'hémisphère droit était *formé*, lorsque *le mouvement se perdit de plus en plus dans les membres gauches*.

3° La paralysie apparaît, dans le ramollissement cérébral, sous une troisième forme. Caractérisée par la pesanteur, la faiblesse et l'engourdissement des muscles, elle constitue les prodrômes de la maladie d'après M. Rostan; selon nous, elle représente un ramollissement *imminent*. Voyez si l'observation de notre tailleur ne fût pas remarquable sous ce rapport?

Ces distinctions de ramollissement *imminent, formé et achevé* ne sont pas purement spéculatives; elles sont, au contraire, dans la nature même des choses; elles se rattachent d'une manière directe au diagnostic de la maladie, et plus directement encore à la thérapeutique; et sous ce point de vue, nous les croyons très importantes.

II. Un premier moyen d'analyse, applicable à toutes les maladies du cerveau, consiste à les distinguer en aiguës et chroniques. Nous regardons, comme maladies aiguës, l'hypérémie et la congestion cérébrales, la méningite, le ramollissement, l'hydrocéphale, et l'apoplexie sanguine. Sont regardés, au contraire,

comme maladies chroniques, l'hydrocéphale, le cancer, les tubercules, le fongus de la dure-mère, les tumeurs osseuses intra-crâniennes, l'atrophie, l'hypertrophie, et les acéphalocystes. Cette division est de la plus haute utilité pour le diagnostic différentiel. Une maladie chronique est reconnue, par exemple, à l'instant même nous mettons de côté toutes les affections aiguës; et cette séparation simplifie de beaucoup le diagnostic spécial. Cependant pareille distinction n'est pas moins défectueuse que toute autre, lorsqu'on veut l'admettre d'une manière absolue.

Comme second moyen d'analyse non moins puissant, les maladies aiguës et chroniques du cerveau ont été subdivisées en locales et générales. Parmi les maladies aiguës générales, on remarque l'hypérémie et la congestion cérébrales, la méningite, rarement l'hydrocéphale; parmi les maladies aiguës locales, se trouvent l'apoplexie sanguine et le ramollissement cérébral. Quant aux maladies chroniques, toutes sont locales, à l'exception de l'hydrocéphale. Cette seconde division rend encore plus aisé l'établissement du diagnostic spécial. Mais elle ne doit pas être non plus considérée comme absolument bonne.

Telles sont déjà les connaissances diagnostiques que nous révèle l'analyse des symptômes, sous le rapport de leur marche et de leur siége.

Une troisième voie d'analyse porte sur le caractère du symptôme. Y a-t-il hypéresthésie seulement, ou bien contracture, ou bien encore simple paralysie? L'une

ou l'autre de ces circonstances doit conduire à une nouvelle méthode d'exclusion, ayant toujours pour but le diagnostic différentiel. Nous pourrions pousser plus loin ces moyens d'analyse. Mais je dois m'arrêter pour reprendre l'observation de M. Andral et voir si les symptômes furent en rapport avec l'espèce de maladie dont fut atteint l'hémisphère droit chez notre Tailleur.

1° Le symptôme caractéristique était la *paralysie*; donc, à ne tenir compte que des maladies du cerveau, dans lesquelles elle se présente, ce ne pouvait être qu'une congestion cérébrale, qu'une apoplexie sanguine, une atrophie, une hypertrophie, des productions accidentelles, ou bien un ramollissement cérébral. Par ce moyen la méningite, l'hypérémie et l'hydrocéphale se trouvaient éliminées.

2° La paralysie fut constamment bornée aux *membres gauches*; donc il s'agissait d'une maladie locale, ayant son siége dans l'hémisphère droit; et ce devait être ou une apoplexie sanguine, une atrophie, une hypertrophie, une production accidentelle, ou un ramollissement cérébral. La congestion cérébrale était ainsi rejetée.

3° La paralysie était le seul symptôme; donc il n'y avait que l'apoplexie sanguine et le ramollissement du cerveau qui pussent se présenter sous cette forme. Et l'on ne pouvait pas raisonnablement songer à d'autres affections; car le cancer, l'exostose et les tubercules donnent naissance à une céphalalgie continue et intense, bien avant que la paralysie ne survienne. Quant aux

tumeurs fibreuses, elles ne sont connues que par leur éruption au dehors; ce qui provient, sans doute, de la lenteur qu'elles mettent à se développer. L'atrophie et l'hypertrophie apparaissent dans d'autres conditions; et puis ce ne sont pas des maladies fort communes.

4° Enfin, la marche de la paralysie conduisait à l'exclusion de l'apoplexie sanguine; il ne restait, par conséquent, que la probabilité d'un ramollissement de la pulpe nerveuse. Cette marche de la paralysie fut progressivement croissante : pesanteur, faiblesse, engourdissement; puis diminution des mouvemens volontaires et enfin paralysie complète des membres gauches. Si nous examinons, au contraire, la paralysie dans l'apoplexie sanguine, nous la trouverons subite, instantanée, et non progressive comme dans le cas de ramollissement cérébral.

Ce diagnostic pouvait-être établi à toutes les périodes de l'affection.

Reconnaissons donc qu'il n'y a que le ramollissement du cerveau qui puisse se présenter avec ces caractères.

III. Quelle doit être la nature de tout ramollissement analogue à celui dont il est ici question? Deux partis se présentent : ou bien il faut dire avec MM. Lallemand, Bouillaud et autres, que le ramollissement de la pulpe cérébrale est toujours le résultat d'une phlegmasie; ou bien, avec MM. Abercrombie, Rostan, Gendrin et Andral, pencher vers l'idée d'un ramollissement *sui generis*, idiopathique, ou, si vous l'aimez mieux, non inflammatoire. Le choix néanmoins n'est pas tout-à-fait indiffé-

rent; il tient de trop près aux plus saines lois de thérapeutique, pour qu'il n'y ait pas lieu de s'assurer de la vérité. Rappelez, à cet égard, cette proposition inverse, mais véridique : *naturam morborum ostendit curatio.*

Analyser les causes, les symptômes, le traitement et les altérations pathologiques, voir dans quels rapports ils se trouvent les uns à l'égard des autres, s'assurer de leur dépendance mutuelle, voilà les principaux moyens à mettre en usage, pour arriver à la connaissance exacte de la nature des maladies. Ces voies diverses d'analyse sont applicables au ramollissement du cerveau, et pour le même but. Mais il vaut mieux, ce me semble, ne prendre en considération qu'un seul genre de preuves à la fois, d'autant plus que semblable problême doit se présenter de nouveau par la suite. Par ce moyen, l'on évite des rédites fastidieuses.

L'analyse anatomo-pathologique sera donc invoquée la première, pour le cas particulier de ramollissement dont fut affecté le tailleur. Les vérités qui pourront en ressortir seront applicables à un genre de ramollissement quelconque.

1° Dans le ramollissement cérébral, la pulpe nerveuse malade est diffluente, ou bien elle ne l'est point. Dans ce dernier cas, les parties semblent encore adhérer entr'elles, et leur forme est conservée. Pour M. Bouillaud qu'importe pareille circonstance ; il est écrit d'avance que tout ramollissement est *inflammatoire.* Voyez, au contraire, M. Gendrin; il insiste sur ces caractères; il est tellement convaincu que le ramollissement

cérébral n'est pas *un* dans sa nature, qu'il affirme que la *diffluence* appartient à l'*inflammatoire*, tandis que le caractère opposé se lie à l'*idiopathique*. L'observation de M. Gendrin peut être vraie dans le plus grand nombre des cas. Mais il faudrait savoir au juste si l'inflammation possède seule cette prérogative d'opérer la désagrégation complète des parties ramollies.

Rappelez maintenant que, chez notre tailleur, les parties qui avaient perdu leur cohésion, n'étaient pas du tout diffluentes.

2° *L'étendue*, d'après M. Gendrin, est une probabilité de plus à invoquer, relativement à la détermination de nature du ramollissement cérébral. Le cerveau se trouve-t-il ramolli dans un point très circonscrit, il y a lieu de croire à l'existence d'un ramollissement *phlegmasique*? Les parties ramollies sont-elles très étendues, nul doute sur la nature d'un ramollissement idiopathique? Ces vues diagnostiques sont peut-être hasardées; car, par exemple, il en résulterait qu'un ramollissement par diminution des forces vitales du cerveau, ne serait pas idiopathique, par cela seul que ces forces vitales auraient été abolies sur un point très circonscrit. Ce défaut de vitalité, comme la fluxion sanguine, ne peut-il donc pas être plus ou moins général?

Notez que chez notre tailleur le ramollissement occupait *un espace capable d'admettre un œuf ordinaire.*

3° *Le siége* du ramollissement est muet, lorsqu'il s'agit de prononcer sur sa nature.

Dans l'observation de M. Andral, il se trouvait *au-dessus du centre ovale de Vieussens.*

4° Les parties ramollies gardent quelquefois leur couleur naturelle. Ces cas sont à la vérité peu communs. Ils constituent, selon MM. Gendrin et Rostan, le meilleur argument à opposer contre l'opinion de ceux qui veulent, même en pareille circonstance, admettre la nature inflammatoire du ramollissement cérébral. « Il est facile » de prouver, ajoute M. Andral, que, dans un assez » grand nombre de cas, le cerveau s'injecte d'abord, » puis se ramollit, puis sécrète du pus. Mais si, dans » d'autres cas, on ne trouve, au sein du ramollissement, » aucune trace ni d'injection sanguine, ni d'infiltration » purulente, ne sera-ce pas abuser de l'analogie que » de conclure que, dans ces cas aussi, la cause qui a » privé le cerveau de sa consistance est une inflamma- » tion. » Soutenir, avec les contre-partisans de M. Andral, que cela tient aux caractères de l'infiltration purulente, serait insoutenable. Et puis ne semble-t-il pas étrange que l'inflammation donne alors précisément naissance à un pus dont la couleur ne saurait modifier celle de la pulpe cérébrale ramollie? Nous ne croyons donc pas que le ramollissement dont nous parlons soit la terminaison par suppuration de l'encéphalite.

Ces données sont relatives à l'histoire de notre tailleur. Le ramollissement était d'un *blanc-grisâtre*; et pour M. Andral, cela veut dire perte de cohésion des parties nerveuses, sans changement dans leur couleur.

5° Les ramollissemens *blancs* présentent d'autres caractères. 1° La pulpe cérébrale, qui a perdu sa consistance, est remarquable par sa *grande pâleur;* elle

est plus blanche que le tissu même du cerveau; elle s'accompagne d'un reflet métallique particulier; pas une goutte de sang n'existe en elle; pas un vaisseau n'y est en évidence. Cette décoloration se rencontre dans la substance blanche comme dans la substance grise, de sorte que cette dernière se distingue difficilement de l'autre qui lui est contiguë. Un exemple nous en est offert dans l'histoire de Mariette que nous avons rapportée plus loin. L'on ne manquera pas de dire que l'encéphalite est encore la cause de ce ramollissement, soit; mais nous ne saurions croire qu'à mésure que la maladie fait des progrès, la rougeur, l'injection et la turgescence inflammatoire disparaissent et sont remplacées par une infiltration purulente telle que nous venons de l'assigner. 2° Privées de leur force de cohésion, les molécules nerveuses nagent au milieu d'un liquide séreux, ou bien ce dernier se trouve infiltré dans leurs interstices. Est-ce là de nouveau l'indice certain d'un ramollissement inflammatoire? 3° Dans d'autres circonstances, elles sont le siége d'une sécrétion purulente manifeste; et alors un pus de qualités diverses les infiltre ou s'y réunit en foyers. 4° Enfin la portion ramollie est jaunâtre, et semble servir de transition entre les ramollissemens blancs et ceux qui sont rouges. La nature en est variable.

6° Enfin les ramollissemens *rouges* sont en général de nature inflammatoire. Leur couleur peut être rosée, rouge-amaranthe, rouge-lie-de-vin; ce sont du moins les principales nuances.

Voici du reste notre profession de foi :

1° Tout ramollissement plus *blanc* et plus *pâle* que la substance cérébrale elle-même, sans traces d'injection sanguine, doit être considéré comme *idiopathique*.

2° Tout ramollissement, dont les parties nagent au milieu d'un liquide séreux, est encore *idiopathique*; car rien ne prouve que ce liquide ait un caractère purulent.

3° Tout ramollissement *blanc*, dont la couleur est plus foncée que celle de la substance cérébrale, semble se lier à un état *inflammatoire*, lorsque surtout il existe dans les parties voisines des traces de sang. De ce nombre se trouvent ceux dont la teinte est grisâtre-foncée, verdâtre, bleuâtre.

4° Tout ramollissement *jaunâtre* est *inflammatoire*, mais non d'une manière absolue; car cette couleur peut être le résultat d'une légère infiltration sanguine, qui n'a eu lieu que consécutivement à la perte de cohésion des parties.

5° Tout ramollissement *rosé*, *rouge*, *amaranthe*, *rouge-foncé*, doit être considéré comme *inflammatoire*.

6° Tout ramollissement d'un *rouge-lie-de-vin*, de manière à simuler des taches scorbutiques ne saurait être assimilé à un ramollissement inflammatoire. Il est tout simplement *idiopathique*. Cette présence du sang n'est que consécutive. D'après M. Rostan, c'est un effort hémorrhagique *avorté*; pour M. Cruveilher, c'est une apoplexie capillaire.

7° Tout ramollissement, dont la suppuration est tout-à-fait manifeste, porte le titre d'*inflammatoire*.

8° Tout ramollissement enfin, dans lequel les parties

malades n'ont pas perdu leur couleur, est évidemment de nature *idiopathique*.

Telles sont les considérations diagnostiques de nature que l'on peut retirer de l'analyse anatomo-pathologique. Les faits ont été examinés sous le rapport matériel seulement; et c'est faire pressentir d'avance que l'erreur pouvait être le résultat de cette marche. Mais il n'en est plus ainsi, du moment que l'on se conforme aux préceptes de l'un des professeurs célèbres de cette école, Bérard.

« 1° Il faut considérer l'intensité et les caractères de la lésion cadavérique d'une part ; et de l'autre s'assurer, par l'histoire de la maladie, s'il existe un rapport exact entre l'un et l'autre, sans oublier cependant que quelquefois des lésions très considérables peuvent ne s'exprimer que par des symptômes peu fortement dessinés, *et vice versâ*.

2° Examiner, d'une part, si la lésion cadavérique ne présente point par elle-même des traces qui indiquent sa durée; et de l'autre, si cette durée probable ne coïncide pas avec celle de la maladie.

3° S'assurer du rapport de nature entre les symptômes particuliers qui ont eu lieu, et la lésion organique elle-même.

4° Enfin, il faut éclairer les notions d'anatomie pathologique par l'examen des causes, du traitement et de tous les autres moyens d'investigation, il faut étudier la chose dans son ensemble, telle qu'elle est, et non dans un état absolu et d'exclusion, qui n'existe

que dans l'imagination des systématiques, et qui est désavoué par la nature vivante, par l'observation des choses, et par les besoins légitimes de la science. »

Deuxième espèce : *paralysie subite, locale.* L'ouvrage de M. Rostan nous en fournit un exemple dont nous allons esquisser les principaux traits caractéristiques.

Lannot, âgée de 65 ans, entre à l'hôpital le 6 janvier, pour un catarrhe.

Le 20, sans cause connue, on la trouve hémiplégique du côté gauche; les traits de la face sont déviés à droite.

Le 21, on l'interroge sur son état, et se trouve dans l'impossibilité de donner aucune réponse positive.

Le 22, même état de paralysie; le pouls est faible, et la face pâle.

Le 23, elle expire.

Immédiatement après l'accident, des renseignemens avaient été pris dans la salle où se trouvait la malade, et l'on avait pu recueillir que Lannot se plaignait, depuis quelques jours, de *pésanteur et de faiblesse* dans les membres gauches.

L'autopsie faite, l'on constata un ramollissement *profond dans l'hémisphère droit du cerveau,* en dehors du corps strié et de la couche optique. La couleur n'en a pas été notée.

Soumettre à l'analyse cette observation remarquable par la marche que suivit la paralysie, voilà ce qui me reste à faire

I. Et d'abord il fallait rechercher à quelle espèce de maladie cérébrale se rattachait la paralysie ?

1° La paralysie existe dans un très grand nombre de maladies cérébrales. Mais ici elle avait affecté une marche tout-à-fait aiguë.

2° Une paralysie aiguë n'arrive que dans une maladie à caractère semblable. Et ce ne pouvait être que l'une de celles que nous avons précédemment énumérées. Il y a plus, la paralysie était bornée au côté gauche.

3° Le siége de la paralysie indique une maladie locale. Ce caractère joint au précédent désignait un ramollissement cérébral ou une apoplexie sanguine.

4° La paralysie avait atteint rapidement son summum d'intensité ; mais elle n'avait pas été subite, instantanée, comme dans l'hémorrhagie cérébrale, puisqu'elle fut précédée par de la pesanteur et de la faiblesse, premier degré de paralysie. Donc il n'y avait que le ramollissement cérébral qui fut admissible. Dans l'apoplexie sanguine, répétons le, la paralysie atteint tout à coup son troisième degré.

Le diagnostic de cette espèce de ramollissement cérébral est assez obscur. Les deux dernières périodes, se confondant entr'elles, donnent naissance à une paralysie subite qui fait croire tout d'abord à l'existence d'une apoplexie sanguine. Mais l'erreur peut être évitée, en interrogeant avec soin le malade. Il est rare, en effet, que ce dernier n'ait pas éprouvé, en pareille circonstance, d'autres phénomènes que l'on ne rencontre que dans le ramollissement du cerveau.

II. Dans l'espèce de ramollissement dont il s'agit, deux périodes ont au moins lieu. La première comprend

tous les caractères du ramollissement *imminent*. La seconde se compose de ceux qui sont l'image d'un ramollissement *achevé*.

III. La nature du ramollissement devait ressortir de celle des symptômes observés pendant la vie. Ailleurs nous démontrerons comment. Mais toujours est-il permis de présumer qu'il était *idiopathique*.

—

Complément symptomatique. 1° Les membres d'un même côté peuvent se paralyser à la fois; et c'est ce qui est arrivé dans les deux observations qui précédent. 2° La paralysie n'atteint qu'un seul membre; ou les deux sont affectés, mais d'une manière consécutive. 3° Jamais la paralysie des membres n'a lieu des deux côtés, à moins qu'il ne s'agisse d'un ramollissement double, et alors on n'observe jamais une paralysie égale des deux côtés; rarement aussi cette paralysie a lieu vers la même époque. Ces caractères permettent de reconnaître la maladie. 4° La paralysie se montre dans l'une des moitiés latérales de la langue; ce qui donne naissance à la déviation de cet organe à droite ou à gauche. 5° Les muscles de l'un des côtés de la face perdent leur force motrice; de là, déformation de l'une des commissures labiales. 6° Le releveur de la paupière supérieure se paralyse; et il en résulte l'abaissement de cette paupière sur le globe de l'œil. 7° Enfin, la face entière est tournée vers le côté droit du corps ou vers le côté gauche; la cause de cette position se trouve dans la paralysie de l'un des sterno-cleido-mastoïdiens.

Le défaut d'antagonisme entre les parties droites et les parties gauches, nous rend facilement compte de la déviation de la langue et des commissures, de l'occlusion du globe oculaire et du transport de la face vers l'une des moitiés symétriques du corps. La déviation de la langue seule semble rebelle à cette explication. Mais elle ne l'est plus, en présence de la théorie fort ingénieuse que M. Lallemand a donnée à ce sujet.

« Quelle est la puissance qui tire la langue hors de la bouche ? C'est la portion postérieure du génio-glosse, dont le point fixe s'insère à l'apophyse géni, et le point mobile à la base de la langue. Quand cette partie du muscle entre en action, ses deux extrémités se rapprochent, et la base de la langue est tirée vers l'insertion fixe. Si cette insertion est à droite de la ligne médiane, la base de la langue sera tirée en avant et à droite, et sa pointe par conséquent en avant et à gauche. Mais lorsque le malade remue la langue, c'est toujours du côté sain qu'elle se dévie. »

Deuxième genre.

1° On appelle contracture, spasme continu, convulsion tonique, cet état de contraction et de rigidité des muscles, en vertu duquel le membre ou la partie contracturée est maintenu dans une extension ou une flexion plus ou moins forte, selon que tel ou tel ordre de muscles prédomine. Ce symptôme peut, à lui seul,

faire distinguer un ramollissement de toute autre affection cérébrale. Nous n'en ferons pas toutefois un signe pathognomonique; car MM. Bouchet et Casauvieilh ont noté son existence dans plusieurs observations d'atrophie congéniale du cerveau, publiées dans les archives générales de médecine, tome IX. Il serait néanmoins à désirer, pour la facilité du diagnostic, que cette proposition de M. Lallemand fut à jamais exacte, savoir : la contracture *est le symptôme le plus constant et le plus remarquable des ramollissemens cérébraux.* La contracture, en effet, symptôme d'un ramollissement cérébral, jouit d'une physionomie toute particulière. Mais entendez M. Rostan qui nous la montre comme *assez rare*; M. Andral, comme manquant dans les *deux tiers* des cas. Conciliant ces opinions diverses, il est permis, ce me semble, d'avancer que la contracture manque peut-être aussi souvent qu'elle existe.

2° La paralysie, dans ce genre de ramollissement, n'a pas d'autres caractères que ceux qui lui ont été assignés précédemment. Le plus souvent, elle est progressive, et parcourt successivement le premier, le second et le troisième degré. D'autrefois elle est subite, en ce sens qu'elle atteint tout-à-coup son troisième degré. Ces notions nous serviront donc pour l'établissement du diagnostic spécial.

3° La contracture et la paralysie présentent, dans leur association, des modes divers qu'il est important de connaître. Tantôt la contracture précède la paralysie; et c'est le cas le plus fréquent. Tantôt, elles se rem-

placent à plusieurs reprises. Tantôt enfin la paralysie se montre d'abord et la contracture ensuite ; et c'est ce qui arrive le moins communément. De là, trois espèces symptomatiques.

Première espèce : *contracture et paralysie progressives et locales.* Mariette, âgée de 28 ans, entre à l'Hôtel-Dieu, pour se faire guérir d'une toux chronique.

Sur notre demande, elle nous raconte les circonstances qui avait précédé son entrée à l'hôpital, et nous dit, entr'autres choses, avoir éprouvé un phénomène tout-à-fait *singulier.*

Il y a deux semaines que, sans cause connue, plusieurs doigts de l'extrémité thoracique droite se fléchirent subitement contre la paume de la main. Cet état convulsif revint de temps à autre ; et chaque fois, il se prolongea pendant une heure et même davantage ; bientôt se furent tous les doigts qui éprouvèrent le même phénomène. Une semaine s'était écoulée à partir des premiers accidents, lorsque la main du même côté se contractura. D'abord intermittente, cette nouvelle contracture devint continue, ainsi que celle des doigts vers la fin de la seconde semaine. A aucune époque, la malade n'avait éprouvé d'engourdissement, de pesanteur, de faiblesse dans les membres, ni autres symptômes. Du côté de la tête, rien d'insolite. Sa position, sous le rapport de la contracture, n'avait pas changé, au moment où elle reçut les premiers soins du médecin, 2 avril de l'année 1838.

Elle était maigre, pâle et décolorée ; ses yeux

étaient brillants, sa voix comme éteinte; ses pommettes très saillantes; l'appétit était nul; le pouls faible, et presque filiforme. Insensiblement elle mourait par la poitrine.

Il y avait à peine cinq jours qu'elle était dans la salle, que nous vîmes l'avant-bras se fléchir sur le bras droit par intervalle d'abord, puis d'une manière continue. Mais la malade commença, pour la première fois, à se plaindre d'une pesanteur dans le membre abdominal du même côté.

Du six au quinze, la contracture de l'avant-bras devint de plus en plus forte; celle des doigts et de la main suivit, au contraire, une marche inverse pour faire insensiblement place à une paralysie ascendante marquée d'abord par de la faiblesse, et plus tard par une impossibilité complète de mouvemens volontaires.

Puis, à son tour, la contracture de l'avant-bras disparut de la même manière. Et dès cette époque, le membre thoracique se trouva privé de toute espèce de mouvemens. La paralysie du membre inférieur avait elle-même fait de progrès sensibles.

Le 18, Mariette était affectée d'une hémiplégie droite parvenue à sa dernière période.

Le 20, elle mourut. (1)

Jamais elle n'offrit le moindre signe de congestion cérébrale. Le pouls présenta toujours les mêmes caractères.

---

(1) Recueillie à Marseille.

AUTOPSIE.

Crâne. L'hémisphère gauche a perdu, dans ses deux tiers postérieurs, sa consistance normale. Les parties ramollies sont d'un *blanc-pâle intense.* Cette couleur est la même pour les deux substances du cerveau. Au sein du ramollissement, comme à ses limites, aucune trace de sang ou de pus. Rien autre dans le reste de l'encéphale.

Thorax. Cavernes dans les poumons.

Abdomen. État sain des organes.

I. Dans les ramollissemens cérébraux caractérisés par la contracture et la paralysie, il semble que les périodes doivent émaner de ces symptômes mêmes, d'après leur mode d'apparition. Mais une distinction semblable est tout-à-fait vicieuse. En l'admettant, on n'aura jamais qu'une idée incomplète des progrès de la maladie; et cependant il faut, autant que possible, que la période soit l'image *adæquata* de l'affection aux diverses époques de sa durée. Pour qu'elle fût exacte, il faudrait que tel symptôme précédât toujours tel autre; et c'est ce qui n'a pas lieu pour le ramollissement cérébral. Les trois espèces symptomatiques, que nous avons admises, le prouvent d'une manière péremptoire.

Dans l'observation de Mariette, les périodes de la maladie reposaient sur une autre base. Et ces périodes sont encore pour nous les mêmes que celles dont il a été question dans le premier genre : ramollissement *imminent, formé et achevé.*

1° Un ramollissement *achevé* suppose la mortification complète des parties nerveuses qui le constituent. Dès-lors, comment concevoir qu'un organe, qui a perdu ses droits à la vie, puisse exécuter ses fonctions même d'une manière anormale. La raison ne veut-elle pas, au contraire, que l'abolition de la vie d'un organe coïncide avec l'abolition de ses fonctions? Ce qui est vrai pour un organe dans sa totalité, l'est également pour l'une des parties constituantes de cet organe. Il est donc logique de regarder la paralysie complète, comme l'un des meilleurs moyens d'analyse, capable de nous révéler les progrès ultimes du ramollissement cérébral. C'est, du reste, ce que nous avons déjà fait dans le premier genre.

2° La contracture, par exemple, ne saurait être le symptôme d'un ramollissement *achevé*. Mais il est à coup sûr celui d'un ramollissement *imminent ou formé*; car la contracture est un acte anormal, il est vrai; mais elle suppose, dans la partie d'où elle émane, la vitalité et non la mort. Et, selon qu'elle est plus ou moins intense, selon sa marche, selon qu'elle se présente seule ou qu'elle se joint à un commencement de paralysie au premier ou au second degré, elle se rattache à un ramollissement *imminent* ou à un autre qui est *formé*.

Faisant l'application de ces principes au cas particulier de Mariette, nous dirons : ramollissement *imminent*, tant que la contracture se montra seule dans le membre thoracique droit; ramollissement *formé*, le jour même

où la contracture disparaissait d'une manière progressive et fesait place à une paralysie de plus en plus forte; ramollissement *achevé*, dès que, la contracture n'existant plus, Mariette fut dans l'impuissance de mouvoir son bras. La paralysie du membre abdominal fut aussi en rapport avec les progrès du ramollissement; car elle passa successivement par le premier, le second et le troisième degré.

Ce que je viens de dire s'applique donc à tous les ramollissemens dans lesquels la contracture et la paralysie existent.

II. Comment établir qu'il s'agit d'un ramollissement et non de toute autre maladie du cerveau, dans les cas où la contracture et la paralysie sont les seuls symptômes en évidence? L'analyse exacte de l'une et de l'autre peut seule trancher la difficulté.

1° La contracture, avons-nous dit quelque part, n'est pas une expression nosologique telle que sa présence soit l'indice certain d'un ramollissement cérébral; elle tient, au contraire, à un assez grand nombre de maladies du cerveau : coup de sang, méningite, apoplexie, atrophie, ramollissement et productions accidentelles. Et sous ce rapport, le diagnostic spécial est très peu simplifié.

2° Le siége de la contracture a une valeur bien autrement significative. *Locale*, elle désigne une maladie locale du cerveau; *générale*, elle se rattache à une affection de même genre. Or, dans le ramollissement cérébral, cette contracture est nécessairement

locale. Donc arrivé à ce point d'analyse, le diagnostic doit avoir lieu entre l'apoplexie sanguine, le ramollissement, les productions accidentelles et l'atrophie de l'un des hémisphères.

3° La contracture existe pour tout symptôme; et il n'y a que le ramollissement qui puisse présenter ce caractère. Voyez, en effet, si cela est possible dans les autres maladies *locales*.

4° La contracture est remplacée par une paralysie progressive; et à coup sur ce n'est pas alors l'apoplexie sanguine, dans laquelle elle ne survient qu'après la perte des mouvemens volontaires; ce n'est pas non plus un coup de sang, en supposant même qu'il fût local.

5° Enfin la contracture apparait consécutivement à la paralysie. Les caractères de cette contracture et ceux de la paralysie, simplifient le diagnostic spécial.

Dans l'observation de Mariette la contracture fut *locale*, elle exista pendant long-temps pour tout symptôme; elle fut remplacée par une paralysie progressivement croissante; donc c'était un ramollissement cérébral.

D'autre part, l'analyse de la paralysie doit confirmer le diagnostic, en cas de doute. Et, en effet, dans l'histoire de Mariette, cette paralysie offrit tous les caractères du ramollissement cérébral.

Telle est la marche à suivre dans les cas où la contracture et la paralysie sont les seuls symptômes d'un ramolissement du cerveau.

III. Dans ce deuxième genre les recherches portent

sur les ramollissemens cérébraux ayant, pour tout symptôme, la contracture et la paralysie. Quelle est donc leur nature? Faut-il admettre pour seule cause une inflammation aiguë ou chronique? Ou bien doit-on reconnaître, indépendamment d'une phlegmasie, une dégénérescence particulière qui a ses signes, ses caractères propres? « Malgré toutes les raisons que nous pourrions nous-même donner, en faveur de la nature inflammatoire du ramollissement cérébral, nous ne saurions croire, ajoute M. Rostan, qu'il soit constamment l'effet d'une inflammation; d'abord, parce que dans le plus grand nombre des circonstances, il n'existe aucun des signes qui caractérisent cet état. La diminution de sensibilité et de contractilité, la paralysie, la stupeur, l'inertie de l'intelligence, sont des symptômes infiniment plus fréquents que les phénomènes contraires; c'est-à-dire que la contracture, les convulsions, les douleurs des membres, le délire. Ces derniers annoncent, sans doute, une exaltation dans les propriétés dites vitales du cerveau. Mais les premiers, qui sont plus ordinaires, indiquent une altération d'une nature opposée. Souvent il n'a point existé de douleur de tête, la couleur de la substance du cerveau n'est nullement changée; il n'existe aucun symptôme fébrile. Il nous semble impossible alors d'admettre que ce soit une phlegmasie. » Ces reflexions sont-elles applicables à tous les ramollissemens? La réponse est affirmative. Aussi l'analyse que nous allons faire des symptômes s'appliquera en particulier au genre que nous avons sous les yeux, et par extension à tous les autres.

1° La constitution, le tempérament, l'état des forces vitales, avant tout symptôme de ramollissement cérébral, doivent former un point d'analyse très important dans la détermination de nature de la maladie. Les exemples à l'appui se présentent en grand nombre.

Chez Mariette, la constitution était minée par une maladie chronique des organes respiratoires; son état dynamique était dans de mauvaises conditions : toutes choses en rapport avec la maigreur, la pâleur et la décoloration de sa face, la petitesse et la faiblesse de son pouls. Avec cet ensemble de symptômes généraux, je ne sâche pas que l'on se fût avisé de croire à l'existence d'une pléthore et par conséquent à un état favorable aux inflammations. Ce n'est du reste là qu'une présomption indirecte contre l'existence d'un ramollissement phlegmasique, à mesure que ce dernier parut exister réellement; mais il n'en est pas moins vrai que l'on devait en tenir compte.

2° La céphalalgie, dans le ramollissement cérébral, mérite toute l'attention du médecin. Dans la plupart des cas, elle se lie à un travail de nature inflammatoire; c'est du moins ce que tendent à prouver les observations que l'on a publiées à ce sujet. Mais, dans d'autres cas, il est démontré avec la même évidence, que la céphalalgie peut être le résultat d'un travail morbide de toute autre nature.

Il est donc essentiel de s'expliquer là-dessus :

D'une part, la douleur de tête, indice d'une inflammation, est forte, fixe; elle s'irradie du centre à la

circonférence, et se montre soutenue, constante. Mais il faut de plus que les autres symptômes soient en harmonie avec elle; sans cela, il n'y a qu'incertitude.

D'autre part, la douleur de tête est sourde, profonde, marche avec tout le cortège des signes qui indiquent une diminution des forces vitales. Le ramollissement que l'on constate alors n'a nullement le caractère inflammatoire. Chez Mariette, rien de semblable ne fut à constater. Mais on pouvait du moins prendre en considération le manque de céphalalgie.

3° *Les vertiges* indiquent le plus souvent une congestion sanguine vers le cerveau. Et, dans le cas où ils existent, il y a lieu de penser à la nature inflammatoire du ramollissement; mais il faut tenir compte de l'époque à laquelle ils arrivent.

4° *La tendance au sommeil* dénote ou une altération lente de la substance cérébrale, ou sa compression graduelle; dans ce dernier cas, le corps compressif peut être solide ou liquide; c'est à l'analyse des autres symptômes qu'il faut s'adresser pour connaître la vérité.

5° *La diminution et l'exaltation* des facultés intellectuelles se rattachent à des états morbides opposés. Les recherches nécropsiques confirment cette différence. Cependant rien ne doit être pris dans un sens absolu.

6° *Le délire* est une des formes symptomatiques assez fréquentes du ramollissement cérébral. Tantôt il est furieux, d'autrefois sourd et taciturne.

Dans un sens général et non absolu, le délire de la première espèce reconnaît pour cause une phlegmasie

de la substance cérébrale ; la seconde se lie plutôt à une affection d'une autre nature.

7° *Les pulsations* intra-crâniennes, dans le ramollissement du cerveau, parlent en faveur de sa nature inflammatoire.

8° Les troubles de la vue tiennent de plus près à la nature du ramollissement. L'expérience clinique nous montre, en effet, une coïncidence remarquable entre l'encéphalite et les éblouissemens, l'impossibilité de supporter une lumière un peu vive; tandis que l'abolition et même la simple diminution de cette faculté coïncident avec un ramollissement non inflammatoire.

9° Les tintemens, les bourdonnemens d'oreille, d'une part, et l'impression pénible de l'ouie au moindre bruit; d'autre part, l'anesthésie auditive, conduisent aux mêmes connaissances que celles qui résultent de l'analyse précédente.

10° L'injection de la face, du cou et des conjonctives se lie à une hypérémie cérébrale.

11° *La paralysie*, dont il est question dans chaque genre de ramollissement, ne saurait par sa présence, par son intensité, par son siége et sa marche donner des notions exactes, lorsqu'il s'agit de déterminer la nature du ramollissement cérébral, car le siége est le même dans tout ramollissement; la marche et l'intensité de la paralysie sont aussi les mêmes, et dans le ramollissement inflammatoire et dans celui que nous désignons sous le nom de *protopathique*. Mais la paralysie seule ou associée à d'autres symptômes a une autre valeur

séméiologique très importante, relativement au point de diagnostic que nous cherchons à éclairer.

Dans l'observation du tailleur, par exemple, pas d'autres symptômes que la paralysie. Sont-ce là, je le demande, les caractères d'une phlegmasie de la substance cérébrale? Et que deviennent alors ceux de la phlegmasie elle même : rougeur, chaleur, douleur, pulsations, et autres?

12° *La contracture* fut l'un des principaux phénomènes de l'observation de Mariette. M. Rostan, d'après le passage que nous en avons cité, la regarde comme le signe d'un ramollissement inflammatoire; et son opinion, à vrai dire, est en rapport avec les faits. Mais il ne lui a pas attaché un sens absolu; car, plus loin il ajoute : *la douleur des membres, leur contrature et leurs convulsions ne sont pas des caractères indubitables de l'état inflammatoire, quoiqu'ils l'accompagnent le plus ordinairement.* Cet avœu du Professeur de Paris est tout-à-fait expérimental. De ce que, par exemple, les convulsions arrivent dans une phlegmasie des méninges, est-ce à dire qu'elles reconnaissent la même cause dans le cas où l'on fait périr un animal d'hémorrhagie?

Or donc, pour que la contracture soit l'indice d'un ramollissement inflammatoire, il faut qu'il existe d'autres signes qui expriment cet état. Si les symptômes, au contraire, qui coexistent avec la contracture, désavouent l'existence d'une inflammation, pourquoi redouter la présence d'un ramollissement idiopathique? Je n'en vois pas l'avantage.

13° *La douleur et les convulsions* des membres, dans le ramollissement du cerveau, ont le même sens que la contracture; et c'est avec les mêmes restrictions qu'elles peuvent nous aider dans la détermination de sa nature.

14° *Les troubles de la circulation* se présentent quelquefois dans le ramollissement cérébral. C'est ainsi que le pouls est accéléré ou lent, fort ou faible, régulier ou intermittent. Mais on ne saurait leur accorder une grande valeur, pour établir le diagnostic spécial; seulement ils peuvent nous guider dans l'emploi des moyens thérapeutiques, en nous éclairant sur la nature de l'affection.

Sous le rapport du diagnostic spécial, MM. Lallemand et Bouillaud ont émis en principe que le ramollissement de la substance cérébrale, à moins d'une complication, ne paraît pas agir sur le pouls. Cette assertion peut être vraie dans les ouvrages de ces professeurs distingués; mais elle tombe d'elle-même devant ceux de MM. Rostan et Andral.

Sous le rapport de la nature du ramollissement, chacun sait, par exemple, la valeur diagnostique à tirer d'un pouls faible et fréquent par comparaison à celui qui est fréquent, plein et fort.

15° Enfin nous ne dirons rien des autres symptômes fournis par la vie organique. Moins que les troubles du pouls, ils peuvent dire quelque chose, relativement au diagnostic tel que nous le comprenons.

16° Pour compléter cette analyse nosologique du ramollissement cérébral, et pour en retirer tout le fruit

qu'elle est susceptible d'offrir, il faut bien se garder, sous peine d'erreur, de prendre chaque symptôme individuellement, comme nous l'avons fait. « Il faut, au contraire, a dit l'illustre Bérard, moins s'attacher à tel symptôme qu'à leur concours et à leur ensemble, moins à leur prédominance qu'à leur continuité et à leur persistance, moins à leur forme extérieure qu'à leur connexion de nature et leur rapport avec l'indication. »

D'après les voies d'analyse que nous venons de parcourir, Mariette se trouvait atteinte d'un ramollissement *non inflammatoire*. L'anatomie pathologique fut du reste en rapport avec cet état.

Deuxième espèce : *contracture et paralysie locales et progressives, alternant entr'elles*. Une femme, âgée de 37 ans, était sujette, depuis sa première jeunesse, à un dévoiement presque continuel; elle était maigre, pâle; sa circulation n'était pas troublée. Mais, ajoute M. Andral, elle présentait une contracture de toutes les articulations du bras gauche, dont les premières traces remontaient à deux mois environ, avant son entrée à l'hôpital. Au bout de quinze jours, la contracture diminua et fut remplacée par une simple paralysie. Celle-ci s'observait déjà dans le membre abdominal gauche.

Pendant une semaine environ, nous n'observâmes autre chose qu'une hémiplégie, sans trace de contracture.

Plus tard cette dernière reparut. Dès-lors, le membre thoracique gauche se trouva alternativement, tantôt en résolution complète, tantôt contracturé. La jambe, à son tour, se fléchit violemment sur la cuisse, à divers intervalles.

Du reste, conservation de la sensibilité dans les membres gauches; aucune douleur dans ces derniers; aucune céphalalgie, aucun trouble de l'intelligence. Cependant la diarrhée devint de plus en plus considérable; une large escharre se forma au sacrum, et la malade succomba, sans avoir présenté de nouvel accident du côté du cerveau.

A l'autopsie, les lobes postérieur et moyen de l'hémisphère droit sont transformés dans les deux tiers de leur étendue, en une *bouillie jaunâtre*, au sein de laquelle ne se dessine aucun vaisseau, ne se montre aucun épanchement sanguin.

Abdomen. La surface interne de l'estomac et des intestins a une teinte ardoisée. On remarque ça et là des ulcérations à fond noir, et à bords élevés. Les ganglions mésentériques sont volumineux et contiennent de la matière tuberculeuse.

Cette espèce de ramollissement cérébral est remarquable par le mode d'existence de la contracture et de la paralysie. Et sous ce rapport nous devions la mentionner.

Quant aux questions relatives au diagnostic spécial, aux périodes de la maladie et à sa nature, les considérations de la première espèce lui sont en tout applicables.

1° Le ramollissement fut *imminent* et *formé*, tant que la contracture et la paralysie existèrent pour tout symptôme ; il était *achevé*, dès que l'hémiplégie devint permanente.

2° L'isolement de la contracture, son siége, sa marche progressive, son association à la paralysie; les caractères de cette dernière, sa disparition pour faire place à la contracture, *et vice versâ*, suffisaient pour établir l'existence d'un ramollissement

3° La nature du ramollissement devait ressortir de l'analyse des symptômes, et de l'anatomie pathologique.

Et en rappelant ce que nous en avons dit ailleurs, un ramollissement *idiopathique* était manifeste.

Troisième espèce. Ici la paralysie précède la contracture. Et comme cette paralysie peut être subite ou progressive, deux cas sont à distinguer.

1° *Paralysie et contracture subséquente, progressives et locales* : Une femme de 63 ans, après avoir essuyé, dit-on, plusieurs attaques d'apoplexie, entre à l'Hôtel-Dieu.

Son intelligence est libre, la parole un peu embarrassée, le bras droit un peu engourdi, et la main serrant moins fortement les objets que la gauche; depuis trois jours seulement ces derniers phénomènes existent. La malade est d'une maigreur extrême.

Le lendemain, paralysie complète de tout le côté droit du corps; bouche tirée à gauche; œil droit insensible à la lumière

Le troisième jour, la tête est tournée à gauche, c'est-à-dire du côté sain, et ne peut être maintenue dans aucune autre position; dans la journée la figure est très animée; la malade s'agite.

Le quatrième jour, raideur des membres paralysés.

Les jours suivants, augmentation des symptômes. Mort, treize jours après le début des premiers accidents.

A l'autopsie, ramollissement de la portion de l'hémisphère droit, désignée sous le nom *de centre ovale de Vieussens*, sans changement de couleur Puis infiltration rouge du *corps strié* du même côté; les artères de la tête étaient *ossifiées*.

Cette observation est extraite de l'excellent ouvrage du professeur Lallemand, n° 12, pag. 38.

1° Les périodes de la maladie furent si tranchées que je les passerai sous silence.

2° La marche de la paralysie et son association à la contracture désignaient un ramollissement cérébral.

3° Le ramollissement était *idiopathique*, d'après l'ensemble des symptômes et d'après l'anatomie pathologique.

M. Lallemand le regarde, au contraire, comme *inflammatoire*. Selon lui, la paralysie coïncida avec un *commencement d'hémorrhagie*; la contracture, avec un *commencement d'inflammation autour du foyer sanguin*.

1° Si les parties ramollies avaient reconnu pour cause un *commencement d'hémorrhagie*, d'où vient que *le centre ovale de Vieussens* ne changea pas de couleur? Pour cette dernière portion de pulpe nerveuse, le ramollissement paraissait au moins avoir une autre cause.

2° Si réellement le ramollissement avait été la suite

d'une hémorrhagie, la paralysie n'aurait pas eu cette marche progressive.

Selon notre manière de voir, appuyée qu'elle est par l'autorité de MM. Rostan, Andral et autres, il est à présumer que l'injection sanguine n'est survenue que consécutivement à la perte de consistance des parties dans lesquelles on la remarqua. Et ce qui le prouve encore, c'est que la figure ne fut animée que pendant les derniers jours, alors qu'un mouvement fluxionnaire s'accomplissait vers la tête. Pareille circonstance peut se présenter dans les cas où le ramollissement s'annonce par la paralysie et les convulsions.

2° *Paralysie subite et contracture subséquente, locales* : M. Forget, professeur de Strasbourg, nous en fournit un exemple dans la personne de Lamadou.

De constitution robuste, cet homme dit avoir perdu subitement, il y a deux jours, l'usage du bras et de la jambe gauches, sans perte de connaissance.

Examiné avec soin, on constata une hémiplégie gauche complète; de plus, l'angle des lèvres est un peu tiré à droite; il y a tendance au sommeil; la face est colorée, le pouls large et plein. Mais il existe aussi de la *raideur* dans les articulations des membres paralysés. La plupart de ces phénomènes parurent dans les quatre premiers jours de la maladie.

Mort, neuf jours après les premiers accidents.

A l'autopsie, on trouva dans l'hémisphère droit une portion ramollie, dont la couleur mêlée de *rouge* et *de jaune*, contraste avec le reste de la substance cérébrale.

Cette observation est tout-à-fait semblable à une attaque d'apoplexie.

Mais le malade, antérieurement à la paralysie dont il fut frappé d'une manière subite, s'était plaint de céphalalgie, de tiraillemens et de douleurs dans les membres. Ces prodrômes étaient tout-à-fait importants.

1° Les périodes de la maladie sont faciles à déterminer.

2° Le diagnostic spécial, en connaissant les symptômes antérieurs à la paralysie, réclame les mêmes moyens d'analyse que nous avons appliqués précédemment.

3° Le ramollissement était de nature *inflammatoire*; il n'est pas besoin de dire pourquoi, si l'on se rappelle bien nos voies d'analyse à cet égard.

—

Complément symptomatique. 1° La contracture affecte l'un des membres seulement, ou bien les deux à la fois, mais d'un même côté. C'est ce que nous venons de voir dans les observations qui précèdent. 2° La contracture peut apparaître dans les deux moitiés latérales du corps; ce qui est assez rare. Alors, ou la contracture se montre en premier lieu dans le côté gauche et puis dans le côté droit; ou bien elle est simultanée, c'est-à-dire qu'elle se montre en même temps à droite et à gauche. Le premier cas n'entrave point le diagnostic; le second, au contraire, met dans l'embarras, et réclame de la part du médecin une vive attention, relativement à l'ensemble des autres symptômes qui peuvent exister ou avoir existé. 3° La contracture des muscles

de la colonne vertébrale donne naissance à des incurvations morbides connues sous le nom d'opisthotonos, d'emphrosthotonos, de pleurosthotonos. 4° Au cou, la contracture du sterno-mastoïdien détermine la déviation de toute la face, vers l'un des côtés du corps. 5° La contracture des labiaux produit la déformation des commissures. 6° Celle des masséters, le trismus. 7° Enfin la contracture de l'orbiculaire, l'occlusion du globe de l'œil.

Précédemment la paralysie a été désignée comme cause de la plupart de ces phénomènes, tels que la déviation des commissures, le transport de la face vers l'un des côtés du corps, et l'occlusion du globe oculaire. D'où peut donc venir pareille similitude, avec un état opposé des forces motrices? L'explication ressort de tout ce qui précède. Mais comment reconnaître que la cause productrice est la paralysie ou la contracture? C'est ce que nous allons déterminer.

1° La déviation de la commissure gauche, par exemple, est le résultat de la paralysie des muscles droits de la face, lorsque le malade, voulant gonfler ses joues, ne le peut que du côté même où se trouve la déviation; dans le cas contraire, elle tient à la contracture des muscles du même côté.

2° L'inclinaison de la face à droite, par exemple, reconnaît pour cause la contracture, lorsque le sterno-mastoïdien gauche est dur, résistant, tandis que le droit est flasque et mou.

3° L'occlusion du globe oculaire provient de la con-

tracture de l'orbiculaire, lorsqu'on met difficilement à découvert l'organe visuel; l'état opposé suppose la paralysie du releveur.

Troisième genre.

Des convulsions et une paralysie, tels sont les phénomènes qui le caractérisent. Et, pour nous, le mot convulsion signifie une contraction et un relâchement alternatifs, violens et involontaires des muscles qui sont soumis à l'influence de la volonté.

Dans le genre précédent, la viciation des forces motrices a produit la contracture, et c'est d'après le mode d'association de cette contracture avec la paralysie que des espèces ont été admises. Ici les forces motrices viciées donnent naissance aux convulsions, et l'on pourrait de même, d'après leur genre de combinaison avec la paralysie, distinguer plusieurs espèces de ramollissement. Mais d'une part, les alternatives manifestes de convulsions et de paralysie sont rares; et même les auteurs n'en font pas mention d'une manière très positive. D'autre part, sans nier la possibilité du fait pathologique, la paralysie ne paraît pas précéder les convulsions; c'est du moins ce qui est mis en évidence par la lecture que l'on peut faire des ouvrages que l'on a publiés sur les maladies du cerveau. Reste donc une seule espèce pour ce troisième genre de ramollissement. Une seule observation la représentera.

Le diagnostic, dans ce genre de ramollissement, portera sur les mêmes points que précédemment.

Espèce unique : *Convulsions et paralysie subséquente, locales.* Un homme de 40 ans se plaignait, depuis deux mois, de battemens dans le côté gauche de la tête.

En Mars, il commença par ressentir des mouvemens convulsifs dans le bras et la jambe du côté droit. Ces mouvemens convulsifs se manifestaient par accès et duraient ordinairement environ une minute. Dans les intervalles il pouvait continuer le travail de son état de forgeron. Ces paroxysmes devinrent moins fréquents après une saignée et un purgatif, et cessèrent au bout de huit ou dix jours.

Par la suite, il eut un engourdissement considérable du bras droit.

Quelque temps après, il eut dans le bras droit et dans la jambe des mouvemens exactement semblables à ceux qu'on observe dans la chorée; mais en même temps la myotilité s'affaiblit dans ces parties; et, après deux mois de la manifestation des accidents spasmodiques, le bras et la jambe devinrent entièrement paralytiques.

A cette même époque, la prononciation fut gênée; les mots furent d'abord inarticulés, et progressivement la parole se perdit, au point qu'au milieu de juin il ne pouvait articuler un seul mot. Le pouls, qui jusqu'alors avait été tout-à-fait naturel, commença à être fréquent. L'excrétion urinaire et la défécation devinrent involontaires; mais les facultés intellectuelles conservèrent

leur intégrité. Il prenait la nourriture qu'on lui donnait, montrait la langue, lorsqu'on l'en priait; ses yeux étaient dans l'état naturel; la vue et l'ouie étaient parfaites.

Cet état continua jusqu'à la fin de juillet. Le malade tomba alors dans le côma et périt en trois jours. (1)

AUTOPSIE.

Crâne. La dure-mère enlevée, l'hémisphère gauche du cerveau s'affaissa. Il était mou et fluctuant dans toute son étendue, comme serait un sac rempli de fluide. A l'incision on reconnut qu'il existait à peine un demi-pouce d'épaisseur de substance cérébrale saine. Le reste de l'hémisphère était réduit en une masse formée en partie de *matière purulente* et en partie de substance cérébrale dans un état de *pulpe molle.*

I. Les périodes de cette espèce de ramollissement cérébral et de ceux qui lui ressemblent, ont pour base l'analyse des convulsions et de la paralysie.

1° Les convulsions ne sauraient être l'image d'un ramollissement *achevé* par les mêmes motifs qui font éliminer de cette période la contracture. Voir à ce sujet les pages 35 et 36.

2° Les convulsions appartiennent, au contraire, à la première et à la seconde période; car, dans ces deux périodes, les parties nerveuses, sur le point de se ramollir ou commençant à se ramollir, ne sont pas encore privées de toute faculté vitale. Et voilà pourquoi elles

(1) Abercrombie, page 133.

peuvent traduire au dehors leur état morbide par l'irrégularité des forces motrices qui leur sont départies. Mais selon leur intensité, selon leur marche, selon qu'elles s'associent à tel ou tel degré de paralysie, elles caractérisent ou un ramollissement *imminent* ou un ramollissement *formé*.

3° La paralysie, avec ses degrés divers, est tellement liée aux périodes du ramollissement que l'une suppose l'autre; c'est du reste ce qui a été démontré au commencement de ce travail.

Dans l'histoire du Docteur anglais, les convulsions des membres droits et les pulsations intra-crâniennes traduisirent, à elles seules, pendant plus de trois mois, l'individualité morbide cérébrale. Et pour nous il est certain que, pendant tout ce temps, le ramollissement ne dépassa pas sa première période, c'est-à-dire qu'il fut *imminent* : ceci signifie que la pulpe nerveuse malade se trouvait dans des conditions favorables au ramollissement, mais n'était pas encore ramollie.

A une époque plus avancée, les mouvemens convulsifs deviennent plus intenses, et se joignent à une paralysie progressivement croissante. Cette coïncidence est une double preuve en faveur d'un ramollissement *formé* : seulement alors, les parties nerveuses perdent leur force de cohésion, mais non leur vitalité totale.

Enfin, une hémiplégie droite complète survient en dernier lieu ; elle est permanente et fixe. D'autre part, la paralysie envahit d'autres organes importants. N'est-ce pas là ce qui arrive dans tout ramollissement

achevé : le tissu nerveux est ramolli dans la force du terme, perd tous ses droits à la vitalité, et par cela même toute impulsion fonctionnelle.

II. En médecine et dans toutes les sciences expérimentales, on doit toujours commencer par l'observation, dont on soumet ensuite les résultats au raisonnement. Ce précepte, nous le trouvons dans les excellentes leçons cliniques de M. le Doyen Caizergues. Or, d'une part, l'observation démontre que les mouvemens convulsifs apparaissent dans un très grand nombre de maladies cérébrales. Leur présence constatée, il reste donc à choisir entre un coup de sang, une hypérémie, une méningite, une hémorrhagie, diverses productions accidentelles, et un ramollissement de la pulpe nerveuse. Rien jusque-là n'est en faveur du diagnostic spécial. Mais voilà que l'observation parle plus haut; elle donne aux convulsions un sens plus significatif, aidée qu'elle est du raisonnement; tel de leurs caractères répond à telle affection et non à telle autre. Alors seulement, et d'autre part, les voies sont ouvertes au diagnostic différentiel.

1° La raison veut que des maladies, qui attaquent toute la pulpe nerveuse cérébrale ou qui retentissent sur sa masse entière, s'annoncent par des symptômes généraux. Et parmi elles, se trouvent l'hypérémie, la méningite, le coup de sang. Elle veut aussi que l'apoplexie sanguine, les productions accidentelles et le ramollissement, *états morbides locaux*, se manifestent au dehors par des phénomènes semblables. Et puis ce que

le raisonnement avoue, n'est-il pas corroboré par les faits cliniques journaliers ?

Or, dans l'observation d'Abercrombie, comme dans tout ramollissement cérébral, le siége des mouvemens convulsifs eut une physionomie toute particulière. Ils n'envahirent pas les deux moitiés du corps, comme cela arrive dans l'hypérémie, le coup de sang, la méningite ; ils furent, au contraire, bornés au bras droit et à la jambe correspondante : ce qui donnait à présumer que l'hémisphère gauche du cerveau se trouvait atteint. Dès ce moment, le diagnostic ne devait porter que sur l'apoplexie sanguine, les productions accidentelles et le ramollissement cérébral.

2° Dans les maladies *locales* du cerveau, les convulsions existent seules ou en compagnie d'autres symptômes. Le premier cas est l'apanage exclusif du ramollissement cérébral; le second appartient de plus à l'apoplexie et aux productions accidentelles.

Il y avait, par conséquent, chez le forgeron probabilité d'un ramollissement cérébral.

3° Les convulsions apparurent dès le début de la maladie, nouvelle preuve contre l'existence d'une apoplexie sanguine.

4° Les convulsions peuvent être persistantes et de longue durée, ou bien passagères et fugitives. Ce dernier caractère se rattache à l'hypérémie locale et au coup de sang partiel; le premier annonce le ramollissement avec ou sans inflammation.

Par voie d'exclusion, dans le fait d'Abercrombie,

l'on était naturellement conduit vers l'existence d'un ramollissement du cerveau. Et puis la paralysie, qui vient remplacer, en pareil cas, les convulsions, est bien propre à confirmer les doutes que l'on a pu concevoir.

5° Cette paralysie se montre toujours avec les caractères qui lui ont été assignés.

Voyez, à cet égard, l'histoire du forgeron: engourdissement, puis perte de la myotilité; plus tard, hémiplégie complète, paralysie de l'organe vocal, de la vessie et des intestins. Et cela d'une manière progressive! Et cela dans l'espace de trois mois, et sans autres symptômes concomitants!

Il est donc évident que, lorsque les convulsions et la paralysie existent dans un ramollissement quelconque, le diagnostic est possible dans chaque période.

III. Sur quelles données nouvelles établir la nature des ramollissemens cérébraux, ayant pour symptômes les convulsions et la paralysie, soit seules, soit accompagnées d'autres phénomènes?

1° L'anatomie pathologique est une voie d'analyse dont nous avons déterminé la valeur.

Chez le malade du Docteur Anglais, l'*hémisphère*, est-il dit, *se trouvait réduit en une masse formée en partie de matière purulente et en partie de substance cérébrale dans un état de pulpe molle.* Il n'est pas besoin de dire quelle idée de nature, l'on devait avoir sur le ramollissement avec de semblables caractères anatomo-pathologiques. Mais cette connaissance de nature, ainsi révélée, n'était que très peu satisfaisante;

elle ne venait qu'à *posteriori*, et ne servait par cela même qu'à s'assurer du rapport de nature entre les symptômes particuliers qui avaient eu lieu et la lésion organique elle-même. Il fallait, au contraire, saisir cette nature du ramollissement au lit du malade, afin de lui être utile; et les moyens ne manquaient pas.

2° L'analyse des symptômes est encore une voie très fructueuse, lorsqu'il s'agit de la nature du ramollissement cérébral. Précédemment nous avons déterminé les conditions qu'il était nécessaire de remplir, pour en user avec réserve et sans crainte de se tromper.

Chez notre forgeron, les symptômes furent constitués par des convulsions, des pulsations intra-crâniennes, et une paralysie à progrès de plus en plus intenses. 1° Les convulsions ne signifient rien par elles-mêmes, absolument parlant; car l'observation clinique démontre qu'elles peuvent avoir lieu dans le ramollissement inflammatoire, comme dans celui que nous avons l'habitude de désigner sous le nom d'idiopathique. Mais il n'en est plus de même, dès l'instant que les convulsions se trouvent associées à des symptômes inflammatoires positifs ou négatifs. 2° Mais les pulsations locales intra-crâniennes avaient le premier de ces caractères. Pendant deux mois, elles furent constantes; donc elles n'étaient pas nerveuses. Pendant deux mois, elles existèrent avec les convulsions; donc il ne s'agissait pas d'une simple fluxion sanguine, mais bien d'un état inflammatoire local. 4° La paralysie ne disait rien par elle-même. 5° Enfin l'on devait encore prendre en considération l'âge, la constitution de l'indi-

vidu, l'état de son pouls; circonstances dont il n'est pas fait mention, et qui cependant influent sur le diagnostic de nature des maladies.

3° Voici les données nouvelles que j'ai fait pressentir, en commençant ce chapitre, et qui constituent un troisième moyen d'analyse.

1° N'est-il pas vrai que bien de fois l'on a recours à des tatonnemens empiriques, pour juger de la nature d'une maladie et déterminer par cela même le traitement qui lui est convenable ? N'est-ce pas dans cette vue que, dans le cas de doute, l'on fait tour-à-tour usage, chez la même personne malade, des évacuans, des antiphlogistiques, des toniques ou bien des antispasmodiques, jusqu'à ce que la médication contraire à la maladie soit découverte ? Je vais même plus loin : cette méthode est le plus souvent mise en usage dans l'exercice de la médecine, incertain que l'on est de poser à *priori* le caractère et le traitement de l'état morbide que l'on a sous les yeux.

Mais tout cela suppose que l'on connaît d'avance les propriétés de tel ou tel agent thérapeutique, et que l'on saura toujours, dans le cas de son administration, distinguer son effet réel d'un résultat purement imaginaire, et ses effets directs, primitifs et absolus, des effets immédiats et secondaires. Il faut aussi se rappeler que le corps de l'homme est doué de forces vitales et juger autant que possible de l'état de ces mêmes forces vitales.

2° L'expérience clinique, en face du ramollissement cérébral, vient confirmer ce qui précède. Parmi les ramollissemens cérébraux, en effet, les uns se trouvent

mal des saignées locales et générales; toute soustraction de sang est mortelle; tout agent, qui a pour but de diminuer la richesse de ce fluide, donne lieu au même résultat. D'autres, au contraire, veulent et réclament les émissions sanguines ou bien l'usage des mouvemens contre-fluxionnaires artificiels. Et s'il est prouvé d'une manière expérimentale qne des méthodes de traitement opposées conviennent aux ramollissemens cérébraux, ne doit-on pas en conclure qu'il existe en eux un caractère de nature qui n'est pas toujours le même? Cette assertion est toute logique.

Or, pour en revenir à l'histoire du docteur Anglais, *les paroxysmes convulsifs*, dit-il, *devinrent moins fréquents après une saignée et un purgatif et cessèrent même au bout de dix jours.* Cette rémission des symptômes ne devait-elle pas être prise comme l'effet immédiat de l'emploi des antiphlogistiques? Et ne devait on pas tirer de cette seule circonstance, en cas de besoin, une nouvelle preuve que le ramollissment se liait à une phlegmasie, ou que du moins l'affection cérébrale s'accompagnait d'un état fluxionnaire sanguin?

Le ramollissement chez le forgeron d'Angleterre fut donc *inflammatoire.*

Complément symptomatique. 1° Les convulsions sont bornées au côté du corps opposé à l'hémisphère ramolli; nous venons de le voir. 2° Les convulsions peuvent être générales, c'est-à-dire occuper les deux moitiés du corps;

et le diagnostic spécial devient plus embarrassant. Néanmoins il est à remarquer, en pareille circonstance, qu'elles ne le sont que momentanément, à moins d'un ramollissement double, ou d'une complication de méningite.

Quatrième genre.

Je me suis beaucoup étendu sur les symptômes qui proviennent de la lésion des fonctions motrices, soit pour tracer le diagnostic différentiel, soit pour faire connaître la période à laquelle se trouve la maladie, soit enfin pour déterminer sa nature. Je vais, dans le même but, m'occuper du trouble des forces sensitives, persuadé que les altérations du sentiment ont aussi leur importance. Le genre prochain traitera des lésions de l'intelligence, mais d'une manière tout-à-fait brève.

1° Il serait très difficile de vouloir expliquer l'existence ou la non-existence de la contracture et des convulsions dans le ramollissement cérébral. Même embarras se présente, lorsqu'il s'agit des troubles de la sensibilité. D'où vient, par exemple, que les douleurs manquent dans certains cas de ramollissement, et qu'elles existent dans d'autres? En recherchera-t-on la cause dans la différence du siége de la lésion? Mais on ne l'y trouvera pas. S'en rendre compte soit par l'étendue de cette même lésion, soit par la diversité de sa nature, est aussi peu satisfaisant; et sous ce dernier

rapport, rien ne prouve que les ramollissemens rouges soient, plus ou moins que les autres, accompagnés de douleurs. La cause réelle, disons-le, se trouve dans la disposition même des forces vitales, si variée qu'elle est dans chaque individu. Cette explication pourrait, au besoin, effaroucher bon nombre de personnes, celles-là mêmes qui ne croient leur esprit satisfait que lorsque l'autopsie leur offre de lésions *formidables*.

2° L'anesthésie et l'hypéresthésie résument tous les troubles de la sensibilité. Dans l'anesthésie, abolition ou diminution de cette propriété vitale; dans l'hypéresthésie, accroissement remarquable. Nous n'affirmons pas toutefois que ces modes anormaux de la sensibilité tiennent tellement à l'état physiologique qu'ils n'en soient que le plus ou le moins.

3° Dans ce genre, l'hypéresthésie et l'anesthésie se combinent avec la paralysie. Tantôt l'hypéresthésie marque le début de l'affection et fait place à la paralysie. Tantôt l'hypéresthésie apparaît d'abord, puis paralysie et anesthésie. D'autrefois enfin, paralysie en premier lieu ; plus tard, paralysie et anesthésie. Ces combinaisons diverses et opposées ne sauraient constituer des espèces différentes. Elles tiennent tout simplement aux progrès du ramollissement cérébral, de telle sorte que l'anesthésie, par exemple, appartient à telle période et non à telle autre. C'est, au reste, ce que nous démontrerons par la suite.

Une seule espèce sera donc admise.

Espèce unique: *Lésions de la sensibilité et paralysie*,

locales. Une femme, âgée de 71 ans, avait ressenti, une année environ avant d'entrer à l'hôpital, des douleurs vives dans les deux membres du côté gauche. Ces douleurs, d'abord passagères, revenaient sous forme d'élancemens, et occupaient surtout la face antérieure du membre thoracique et la face postérieure du membre abdominal. C'était pour la première fois, que la malade éprouvait de pareilles douleurs. Peu à peu elles se rapprochérent et enfin devinrent continues; mais en même temps, elles perdirent de leur intensité première, et la malade finit par ne plus éprouver, dans les membres gauches et surtout dans le supérieur, qu'un sentiment habituel de fourmillement. Pendant cinq mois, voilà tout ce qu'elle éprouva.

Au bout de ce temps elle commença à ne pouvoir plus se soutenir aussi bien sur sa jambe gauche; ce membre lui semblait lourd; elle le trainaît en marchant. A cette même époque, le membre thoracique gauche devint aussi plus faible : elle ne pouvait plus ni serrer, ni porter aucun objet un peu pesant avec la main de ce côté. Peu à peu, cette paralysie fit des progrès, et, au bout de six semaines environ, elle était la plus complète possible. C'est dans cet état que la malade se présenta à notre observation.

Lorsque nous la vîmes, elle était maigre et pâle. Ses yeux enfoncés et ses traits tirés annonçaient d'anciennes souffrances. Tous les deux ou trois jours, les membres gauches étaient comme sillonnés par de vives douleurs que la malade comparaît à des traits de feu.

Cependant la peau de ces membres offrait une sensibilité beaucoup plus obtuse que celle des membres droits. Le mouvement y était conplètement aboli; on n'y remarquait aucune trace de contracture. La commissure droite des lèvres était tirée en haut , et , lorsque la langue était projetée hors de la bouche , elle se déviait sensiblement à gauche La vision était égale des deux cotés , ainsi que l'ouie et l'odorat. La peau de la face sentait moins vivement l'impression des corps étrangers à gauche qu'à droite ; et , lorsqu'on engageait la malade à gonfler ses joues , elle ne pouvait en venir à bout que du côté droit. Elle nous assura qu'elle n'avait jamais eu aucun mal de tête ; elle jouissait de toute son intelligence ; elle digérait bien ; mais mangeait peu. Les selles étaient rares ; le pouls battait soixante six fois par minute ; il était régulier et assez dur. (1)

Cette femme, après être restée environ un mois dans nos salles sans présenter dans son état de changemens notables , perdit complètement l'appétit ; puis sa langue rougit et se sécha ; les forces diminuèrent rapidement ; une escharre se forma au sacrum , et elle succomba au milieu d'un affaiblissement progressif , conservant jusqu'à la fin une certaine netteté d'intelligence Pendant les trois dernières semaines de sa vie , les membres s'œdématièrent.

AUTOPSIE.

Crâne. Au niveau et en dehors de la couche optique

---

(1) Andral, *loc. cit.*

et du corps strié du coté droit, existe un ramollissement considérable de la substance cérébrale ; ce ramollissement s'étend presque jusqu'à la base du cerveau. Aucune *injection* ne se montre dans les points ramollis. La substance cérébrale, qui a perdu sa consistance, est d'un *blanc-grisâtre* en certains points, *jaunâtre* en quelques autres. La voûte à trois piliers et le septum-lucidum sont diffluens. Les grandes artères cérébrales sont *ossifiées*.

Thorax. Cœur de dimensions ordinaires; quelques points d'ossification dans les valvules aortiques.

Abdomen. La membrane muqueuse gastrique est notablement ramollie vers le grand cul-de-sac, sans injection sanguine.

I. Quels sont les symptômes caractéristiques de chaque période dans le genre de ramollissement qui nous occupe?

1° L'hypéresthésie ou l'augmentation des forces sensitives ne doit arriver que dans les deux premières périodes. Ailleurs, et pour d'autres phénomènes, nous avons démontré la coïncidence qui doit exister entre l'altération d'une fonction et celle de l'organe qui en est chargé. Et voilà pourquoi l'hypéresthésie apparaît dans le ramollissement *imminent* et dans le ramollissement *formé*. Mais l'hypéresthésie n'est vraiment l'expression d'un ramollissement *formé* que lorsque des phénomènes paralytiques au second degré se joignent à elle.

2° L'anesthésie ou l'abolition de la sensibilité n'ap-

paraît que plus ou moins long-temps après l'existence d'une paralysie complète; par conséquent, mieux que cette dernière, elle exprime un ramollissement *achevé*.

En thèse générale, hypéresthésie seulement ou hypéresthésie et paralysie au premier degré dans le ramollissement *imminent*. Hypéresthésie intense, ou hypéresthésie et paralysie au second degré dans le ramollissement *formé*. Paralysie complète ou paralysie et anesthésie dans le ramollissement *achevé*.

D'après ces notions tout à la fois physiologiques et pathologiques, il serait facile de déterminer les périodes que nous offre l'observation de M. Andral.

II. Analysons les troubles de la sensibilité et la paralysie au point de vue du diagnostic spécial.

1° L'hypéresthésie, dans le ramollissement cérébral, occupe les membres, l'intérieur du crâne, l'oreille, la face et l'œil; ce sont du moins ses principaux siéges. Il y a plus, c'est qu'elle est bornée à l'une des moitiés du corps; surtout celle des extrémités thoraciques ou pelviennes.

1° Les douleurs des membres superficielles ou profondes ne sont pas un caractère indubitable du ramollissement de la pulpe cérébrale. Ces douleurs peuvent être purement nerveuses, elles peuvent tenir au vice rhumatismal, ou bien être le symptôme d'une autre affection du cerveau. L'ensemble de tous les phénomènes qui se rattachent à la maladie, doit seul lever les difficultés. Une céphalalgie, par exemple, qui existerait avec elles, serait très importante; surtout si la

céphalalgie occupe l'hémisphère droit et les douleurs des membres, le côté gauche.

2° La céphalalgie seule et sans siége précis, dans le ramollissement cérébral, n'a pas de caractères propres. Cette céphalalgie peut tenir à toute autre affection. Mais le diagnostic spécial devient plus simple, lorsque cette céphalalgie est circonscrite d'une manière permanente. Alors il y a lieu de croire au moins à l'existence d'une maladie locale, sauf à déterminer son espèce.

3° L'hypéresthésie auditive et oculaire ne peuvent rien pour le diagnostic spécial. Leur présence seule appartient autant au ramollissement du cerveau qu'à tout autre état morbide de cet organe.

Dans l'observation de M. Andral, pouvait-on assurer que les douleurs des membres gauches, ressenties dès le principe de la maladie, se liaient à une altération de l'hémisphère droit? Je ne le pense pas. Il n'y avait pas de céphalalgie; ces douleurs occupaient le trajet des gros troncs nerveux. Comme les douleurs névralgiques, elles se présentèrent d'abord sous une forme intermittente; elles étaient lancinantes et passagères. Et dès-lors ne pouvait-on pas les regarder comme des accidents nerveux?

Le diagnostic spécial est donc fort peu simplifié par la présence de l'hypéresthésie. Dans les cas de ce genre, c'est au concours des autres symptômes qu'elle doit toute sa valeur diagnostique, et en première ligne se trouve la paralysie.

2° C'est sur les caractères de la paralysie que répo-

se donc la connaissance spéciale de l'état morbide ; et et à ce sujet, nous ne répéterons pas ce que nous en avons dit.

Seulement je ferai remarquer que, dans l'histoire de M. Andral, cette paralysie fut locale, qu'elle remplaça les douleurs, et qu'elle fut manifestement progressive en intensité et en étendue. Certes, il n'en fallait pas davantage pour diagnostiquer un ramollissement de la pulpe cérébrale.

III. Dans ce quatrième genre, et dans ceux qui lui sont analogues à certains égards, la question de nature s'établit d'après les mêmes voies d'analyse dont nous avons si souvent parlé.

1° Analyse des symptômes. Dans l'observation de M. Andral, elle parlait en faveur d'un ramollissement *idiopathique*. Avec d'autres caractères, il est possible qu'elle eût été le signe d'un ramollissement inflammatoire.

2° Analyse thérapeutique. Elle ne conduisait à aucune notion de nature, puisqu'elle fut nulle dans l'histoire du Professeur Andral. Cependant elle aurait pu éclairer le diagnostic en cas de besoin.

3° Analyse Anatomo-pathologique. Elle fut telle, dans le fait du médecin qui vient d'être cité, que nul doute ne devait exister sur sa nature *idiopathique*; car, dans les parties ramollies comme tout autour, pas la moindre trace *d'injection sanguine*; et puis leur couleur était d'un *blanc-grisâtre* et parfois *jaunâtre*; et l'on sait quelle valeur l'on doit accorder à ces espèces de coloration.

4° Indépendamment de ces moyens d'analyse, il en existe un autre d'une importance majeure, et dont on n'a pas tenu compte, lorsqu'on a dit que tout ramollissement cérébral est inflammatoire. Il nous servira non-seulement à démontrer que tout ramollissement cérébral est inflammatoire ou idiopathique, mais encore à prouver que les ramollissemens idiopathiques ou inflammatoires ne sont pas identiques dans leur nature. Prétendre le contraire serait faire du ramollissement cérébral une simple question d'anatomie-pathologique. Ce n'est pas là, comme on le pense, notre manière de voir.

Je veux parler de l'analyse des causes :

Hors les cas dans lesquels le ramollissement de la pulpe cérébrale arrive à la suite d'un coup porté sur le crâne, les causes qui lui donnent naissance ne sont que bien rarement saisies; c'est le mot. On le voit chez quelques individus survenir au milieu de la plus belle santé; chez d'autres il se montre à la suite d'une maladie chronique viscérale éloignée; ou bien la cause semble agir plus directement sur les centres nerveux; mais on observe une défaut de proportion entre les effets de cette cause et son intensité; ou plutôt cette cause apparente ne joue qu'un rôle secondaire. Une personne, par exemple, éprouve du chagrin ; elle perd l'appétit, meurt avec les symptômes d'un ramollissement cérébral; et les artères cérébrales sont *ossifiées*. Combien de cas de ce genre ne se présentent-ils pas dans l'observation? Mais l'on ne doit pas pour cela négliger la recherche des causes; car si elles ne sont pas évidentes par elles

mêmes; elles le deviennent bien souvent par l'ensemble des autres moyens d'analyse que l'on a sous la main.

1° L'inflammation est une des causes actives du ramollissement cérébral. C'est la seule nous dirait M. Bouillaud. A part cet exclusivisme, cette cause prochaine doit être recherchée avec le plus grand soin; tous les moyens d'analyse doivent être mis en usage, pour y parvenir. Mais l'on ne doit point forcer la nature des faits, dans un but de simplification. Autant il est utile de savoir que l'inflammation est cause d'un ramollissement cérébral, autant il est préjudiciable de le vouloir toujours. La nature inflammatoire d'un ramollissement cérébral est manifeste, soit; mais tout n'est pas là. Vous ne connaissez qu'une circonstance de la maladie, et pour saisir la vérité toute entière, il faut planer quelquefois dans de très hautes régions. N'est-ce pas là, pour le dire en passant, ce qui s'est passé dans l'épidémie d'Aiguesmortes? Tel ramollissement cérébral est inflammatoire, soit; mais existe-t-il d'effet sans cause? Et dès-lors pour connaître l'effet dans sa nature, ne faut-il pas démêler la nature de la cause? Voilà pourquoi les ramollissemens inflammatoires sont de nature diverse. Il n'est donc pas indifférent de prendre en considération l'âge, le sexe, la constitution, le tempérament de l'individu. Chez un autre ce sera peut-être une disposition hémorrhagique habituelle normale ou anormale, une affection de tout le système, telle que le vice vénérien, dartreux, scrofuleux, rhumatismal, goutteux et autres, etc. Toutes ces causes procatarctiques

impriment au ramollissement cérébral un cachet particulier, sans la connaissance duquel la therapeutique ne peut qu'échouer.

2° L'ossification des artères cérébrales ne doit-elle pas être regardée comme une autre cause du ramollissement de la pulpe nerveuse? Et s'il en est ainsi, la nature de ce ramollissement est-elle inflammatoire? Mais alors tant vaudrait-il dire que le sphacèle d'un membre par ligature de l'artère principale est aussi le résultat d'une phlegmasie? Or, c'est ce que personne n'a pas encore osé soutenir. L'observation que nous avons empruntée à la clinique de M. Andral est du nombre de celles qui reconnaissent pour cause l'ossification des artères qui se rendent au cerveau. Le Docteur Abercrombie nous en fournit un autre exemple remarquable. « Un jeune homme de 18 ans présente tous les caractères d'un ramollissement cérébral ; il meurt ; à l'autopsie, on constate que l'hémisphère droit a perdu sa consistance dans la plus grande partie de son étendue. La substance cérébrale, ajoute-t-il, était réduite en une pulpe blanche et molle, dans laquelle on ne reconnaissait aucune apparence de *pus* et qui ne répandait pas d'odeur fétide. L'artère basilaire, dans l'étendue d'un pouce environ, était très dilatée et dure, et complétement remplie en cet endroit par une matière solide blanche, n'ayant aucune ressemblance avec du sang. » Certes ce n'étaient pas là les caractères d'un ramollissement inflammatoire. Comment, en effet, vouloir qu'il y eût encéphalite, lorsque tout s'opposait à l'arrivée du sang

dans la trame cellulaire du cerveau? Donc ce ramollissement était d'une autre nature; et nous exprimons le fait par le mot de ramollissement idiopathique.

3° La diminution des forces et de l'action vitales dans un point circonscrit du cerveau peut encore selon nous en produire le ramollissement. Que l'on suppose, par exemple, la sensibilité et l'irritabilité détruites, l'on verra d'une part la portion malade ne plus répondre au stimulus naturel des humeurs qui la pénétrent; d'autre part, la force vitale qui maintient réunis les molécules entr'elles, en opérer la dissolution par son extinction; enfin, l'irritabilité abolie, il n'y aura plus afflux de sang; en un mot la nutrition sera éteinte, et les parties tomberont sous l'empire des lois physiques. Cette cause de ramollissement est toute aussi compréhensible que ce phénomène complexe que l'on désigne sous le nom d'inflammation. Et nous pensons que cela doit arriver dans la plupart des ramollissement cérébraux que l'on observe chez les vieillards.

4° La diminution des forces radicales de tout le système et la mauvaise direction des forces agissantes, par suite d'une maladie chronique viscérale éloignée, semblent aussi contribuer au ramollissement cérébral. Bien souvent il s'agit dans les auteurs d'individus qui, minés par une maladie chronique des poumons, des intestins et du foie, se voient plus tard atteints d'une hémiplégie complète, symptôme d'un ramollissement du cerveau. Le Tailleur de notre premier genre en est un exemple. Mariette, dont l'observation est consi-

gnée dans le second genre nous en offre un autre. Enfin dans les ouvrages de MM. Abercrombie, Rostan et Andral, des faits semblables ne sont pas rares. Nous avons noté, par exemple, un ramollissement cérébral chez quelques phthysiques dont l'histoire se trouve dans la clinique médicale du dernier de ces auteurs. Ces ramollissemens ne sont certainement pas le résultat d'une encéphalite. D'une part, voyez les symptômes. Comme ils sont différents de ceux qui se rattachent à une phlegmasie, même chronique ! D'autre part, l'autopsie est tout-à-fait désespérante pour ceux qui toujours veulent avoir sous les yeux un ramollissement inflammatoire. Pas la moindre injection sanguine au sein du ramollissement, comme à ses environs; pas la moindre trace *de pus*; quelquefois coloration normale des parties ramollies. Est-ce là, je le répéte, la physionomie d'un ramollissement inflammatoire ?

5° Enfin, pour une cinquième cause de ramollissement, écoutons ce passage de M. Andral. « Et nous aussi nous pourrions grouper des faits pour démontrer que le ramollissement est susceptible d'être produit par des causes toutes différentes de l'inflammation. Entr'autres, nous en citerions qui nous montreraient une coïncidence remarquable entre l'*appauvrissement* du sang ou une altération quelconque de ce liquide, et le ramollissement d'un grand nombre de nos tissus. Sont-ce là véritablement autant de causes de ramollissement ? L'avenir le décidera, l'avenir découvrira sans doute beaucoup d'autres causes que, dans l'état actuel de nos

connaissances, nous ne sommes pas même en état de soupçonner. Tout ce que nous affirmons, c'est qu'il faut chercher ailleurs que dans une inflammation la cause de tous les ramollissemens. »

Cette analyse étiologique est d'une haute importance; elle doit se présenter à l'esprit dans un ramollissement cérébral quelconque. Et ce n'est qu'en la faisant marcher de pair avec celles fournies par les symptômes, l'anatomie pathologique et le traitement, que l'on pourra soumettre le ramollissement cérébral à une thérapeutique conforme aux vœux d'une médecine rationnelle.

Les causes que nous venons d'examiner sont de nature diverse et opposée; leurs effets doivent donc être différents. Et voilà pourquoi le ramollissement cérébral n'est pas *un* dans sa nature, qu'il soit inflammatoire ou idiopathique.

Cinquième genre.

Troubles de l'intelligence et paralysie locale. La lésion des facultés intellectuelles accompagne quelquefois le ramollissement du cerveau; mais on ne saurait lui accorder une grande valeur diagnostique. Quelle en est la forme qui se rattache à telle période et non à telle autre, à cette maladie cérébrale et non à celle-là? Pour la nature du ramollissement, pas plus d'avantages à retirer de l'analyse des facultés de l'intelligence. Voici néanmoins quelques propositions qui feront con-

naître la diversité des troubles intellectuels, ne devant donner à l'appui aucune observation particulière.

1° Les facultés intellectuelles sont troublées à un tel point qu'il en résulte du délire. Ce dernier peut être intermittent ou continu, furieux ou tranquille. Par rapport à la paralysie, il peut la précéder, venir après elle, ou marcher avec elle.

2° L'intelligence, dès le début du ramollissement cérébral ou à une époque plus éloignée, éprouve un affaiblissement notable, et cet affaiblissement persiste jusqu'à la fin de l'affection. D'autrefois, et d'une manière subite, cette faculté s'anéantit en entier, comme dans le coup de sang et l'hémorrhagie cérébrale. Son association à la paralysie s'opère comme dans le cas précédent.

I. Dans les cas où le ramollissement cérébral s'accompagne du trouble des facultés intellectuelles, les périodes doivent être fondées sur les caractères de la paralysie et des autres symptômes, s'il en existe. Et nous les connaissons déjà.

II. Une simple injection des méninges ou de la substance cérébrale, une accumulation de liquide autour du cerveau ou dans ses ventricules, une hémorrhagie, des produits accidentels, peuvent également produire, soit le délire avec toutes ses variétés, soit une simple diminution, soit une perte subite et complète de l'intelligence. La paralysie, par son siége, sa marche, son mode de développement, doit concourir à la connaissance du diagnostic spécial. Dans les cas

plus complexes, les autres symptômes doivent être pris en considération.

M. le professeur Lallemand n'est pas tout-à-fait de cet avis; sans doute qu'il a rencontré des cas nombreux qui lui ont permis d'avancer une proposition contraire. « Il me sera facile de vous prouver, ajoute-t-il, jusqu'à l'évidence, qu'on n'observe jamais le délire dans les inflammations du cerveau, exemptes de complication, que ce symptôme appartient spécialement aux inflammations de l'arachnoïde, et qu'on a été induit en erreur par les cas très nombreux dans lesquels l'affection de l'arachnoïde avait précédé celle du cerveau. » Notre habile professeur et maître se fonde sur ce que dans l'arachnitis le cerveau n'est pas altéré, mais simplement irrité, tandis que dans l'encéphalite son altération est trop considérable, pour qu'il puisse continuer d'agir. Cette explication doit tout au plus embrasser un cestain nombre de cas. On lit, en effet, dans l'ouvrage de M. Rostan, page 65 : la dame Gournay fut atteinte d'un délire qui devenait furieux à la moindre contrariété; ce délire persista jusqu'à la mort; ramollissement de la pulpe cérébrale pour toute lésion. Dans la clinique de M Andral, on trouve, parmi d'autres, un cas tout-à-fait semblable. Une femme, âgée de 27 ans, est dans un délire complet; dix jours après, elle meurt. A l'autopsie, les méninges ne sont pas injectées; l'arachnoïde et la pie-mère ont leur consistance accoutumée; l'arachnoïde a son humidité ordinaire; la pie-mère se détache du cerveau, comme dans l'état naturel, et

n'entraîne point avec elle de pulpe nerveuse; les circonvolutions sont exemptes de toute lésion appréciable; il en est de même du reste de l'encéphale, à l'exception du corps strié gauche qui a perdu sa consistance normale, ainsi que les parties environnantes. » Je m'abstiens de toute autre réflexion.

III. La nature des ramollissemens cérébraux est peu caractérisée par les troubles de l'intelligence ; c'est ce que nous avons déjà fait pressentir en commençant. Plus que pour les autres genres, il faut donc avoir recours :

1° A l'analyse des autres symptômes ;

2° A l'analyse étiologique ;

3° A celle du traitement employé ;

4° A l'anatomie pathologique.

Bien souvent il a été question de ces voies d'analyse. Pour tout et toujours nous les avons invoquées. Nous les croyons si utiles que nous n'avons jamais cru nous répéter assez à cet égard, parce que nous avions surtout à combattre cette idée préconçue, savoir que tout ramollissement cérébral est inflammatoire. Pour nous donc, le ramollissement inflammatoire ne nous effraye pas plus que le ramollissement idiopathique ; et ce dernier n'est pas davantage le produit d'une abstraction que le premier. L'analogie, elle que l'on invoque surtout lorsqu'il s'agit de démontrer que tout ramollissement cérébral est inflammatoire, l'analogie va compléter notre croyance pour la vérité contraire.

1° Les expériences démontrent que la cornée transparente se ramollit et se perfore chez les animaux que

l'on soumet à un régime peu réparateur. Trouve-t-on là pour cause une inflammation ? Non certainement.

2° Les os des rachitiques se ramollissent ; mais non par suite d'une phlegmasie.

3° Le cœur, le foie, la rate, les reins, et l'appareil gastro-intestinal peuvent se ramollir sans qu'il y ait inflammation ; tout le monde en convient ; tout le monde le sait. Et l'on voudrait ensuite faire une honorable exception, lorsqu'il s'agit du ramollissement de la pulpe cérébrale.

De deux choses, l'une : ou bien il n'existe que des ramollissemens inflammatoires, ou bien il en existe d'autres qui ne le sont pas. Si tous les ramollissemens du cerveau sont inflammatoires, ceux des autres organes le sont au même titre ; si l'on soutient que les ramollissemens de tous les organes, à l'exception de ceux du cerveau, peuvent être inflammatoires ou idiopathiques, rien ne prouve que cette exception soit fondée. Il faut, je le répéte, l'un ou l'autre. L'analogie le veut ; tout le veut ; l'exclusivisme seul ne le veut pas.

Sixième genre.

Dans les genres précédents, les symptômes sont en petit nombre : 1° paralysie ; 2° contracture et paralysie ; 3° convulsions et paralysie ; 4° troubles de la sensibilité et paralysie ; 5° lésions de l'intelligence et paralysie.

Le plus simple des ramollissemens cérébraux a été présenté le premier; sont venus ensuite ces autres plus compliqués dont nous avons fait l'analyse. Dans tous il a été possible de résoudre les propositions diagnostiques que nous avions à cœur de faire connaître.

Le genre actuel est le plus complexe de tous. Mais le diagnostic n'en est pas pour cela plus difficile, puisque tout ce que nous avons dit précédemment lui est applicable. Il se compose de plusieurs des phénomènes qui caractérisent les autres genres, plus la paralysie. Ce peuvent-être :

1° Contracture, convulsions et paralysie ;

2° Convulsions, douleurs dans les membres et paralysie.

3° Céphalalgie, contracture, troubles de l'intelligence et paralysie ;

4° Délire, convulsions, contracture, douleurs et paralysie ;

5° Enfin d'autres combinaisons semblables, mais toujours la paralysie.

Chacun de ces phénomènes et la paralysie ont déjà suffi pour nous éclairer sur le diagnostic spécial, la nature et la période du ramollissement du cerveau. Ne doit-on pas alors espérer d'atteindre le même but, lorsque, par leur concours mutuel, ils viennent se prêter un nouvel appui.

Un seul exemple suffira pour démontrer la chose.

Genre mixte : *delire; contracture, hypéresthésie et paralysie, locales.* Henriette, âgée de 83 ans, très bien

conservée pour son âge, est entrée à la Salpétrière, il y a six mois environ. (1)

Comptant recevoir, au commencement de janvier, le montant d'une petite somme, elle eut lieu de concevoir des doutes sur l'exactitude du paiement. Cette circonstance fâcheuse fit sur elle une impression très forte ; elle éprouva plusieurs accès de colère, resta plusieurs jours dans une très vive excitation, et tomba enfin dans un abattement extrême ; elle cessa de parler, perdit l'appétit et le sommeil, et voulut s'en aller. Toutes ces remarques, annonçant un desordre intellectuel, on la transporta à l'infirmerie, le 29 janvier.

Sa conduite, depuis ce jour, confirma les idées conçues sur l'état de son intelligence. Elle se levait sans cesse, pour aller à la chaise, sans en avoir besoin ; elle urinait dans son crachoir, se perdait dans la salle. Les premiers jours, elle parlait peu, ne paraissait pas fort agitée ; cependant la plus légère contrariété la fesait entrer en colère; elle menaçait de battre, même de tuer les personnes qui l'environnaient. Elle n'accusait aucune douleur ; le pouls et la peau étaient dans l'état naturel. Interrogée sur ses fonctions digestives, elle répondit qu'elle n'y éprouvait aucun dérangement, qu'elle avait plus faim que soif; la langue était naturelle; il n'y avait ni douleur abdominale, ni constipation.

Cinq ou six jours après, le sommeil revint; mais le désordre intellectuel persista toujours. Il n'y avait à

---

(1) Rostan, page 65.

cette époque aucun trouble dans les mouvemens; mais bientôt le bras gauche commença à s'engourdir ; il devint le siége de fourmillemens, puis de la contracture. Il resta long-temps dans cet état, et enfin la paralysie fut complète

La jambe du même côté, étrangère aux accidents pendant les premiers jours de la paralysie complète du bras, commençait à ressentir des fourmillemens et à se contracter, lorsque la malade mourut, quinze jours environ après l'invasion de sa maladie.

AUTOPSIE.

Crâne. Le lobe postérieur de l'hémisphère droit était à sa superficie réduit en une bouillie *jaunâtre*, diffluente ; cette altération pénétrait à un pouce de profondeur environ dans la substance de ce lobe, et commençait à s'étendre en dehors du lobe moyen. La substance corticale du reste de l'hémisphère présentait dans plusieurs points des *marbrures rougeâtres.*

Il n'y avait rien de particulier dans la poitrine, ni dans l'abdomen.

1° Il nous serait facile par l'analyse des symptômes de déterminer les périodes de la maladie.

2° Le diagnostic spécial ressort des mêmes moyens d'analyse qui ont été appliqués à chacun des symptômes dont il est ici question ; y revenir, serait se répéter.

3° La nature de ce genre mixte de ramollissement cérébral ne peut être déterminée que par celle des causes, des symptômes, du traitement et de l'anatomie

pathologique, toutes choses qui ont été discutées dans leur plus grand détail.

En finissant cette première partie de notre thèse, puissions nous au moins, je le répète, avoir fait œuvre d'instruction !

DEUXIÈME PARTIE.

—

Dans ce qui précède, toute question, relative au traitement de la maladie, a été éliminée; c'est même à dessein que les observations qui s'y trouvent, sont exemptes de toute prescription hygiénique ou pharmaceutique, des généralités en ce genre nous paraissant plus convenables. Mais on peut, au moins, y entrevoir les indications thérapeutiques que comporte le ramollissement du cerveau. Elles sont puisées, ce me semble, moins dans le seul fait de la lésion organique locale que dans l'ensemble des causes, des symptômes, des autres circonstances individuelles, etc., bien que le ramollissement cérébral constitue un état morbide d'une haute gravité.

Faire connaître les divers moyens que l'on peut opposer au ramollissement cérébral, se présente d'abord.

Ils sont assez multipliés; et même on ne peut pas, à vrai dire, en fixer préalablement le nombre : précautions hygiéniques, attractifs-révulsifs, attractifs-dérivatifs, déplétifs du système sanguin, toniques, antispasmodiques, réfrigérans céphaliques, etc.

1° Les moyens hygiéniques consistent à user sobrement et avec choix des choses qui nous sont fournies

par le monde physique et moral; parmi elles, il en est aussi qui ne peuvent être que préjudiciables; ces dernières doivent donc être proscrites avec soin. Leur description serait au reste peu utile; le médecin sait, en pareil cas, les saisir et en faire une application exacte.

2° Les attractifs sont, par leur siége, révulsifs ou dérivatifs; ils s'accompagnent ou ne s'accompagnent pas d'évacuation. D'une part, ouverture des veines par la lancette, sangsues, ventouses scarifiées, vésicatoires, sétons, cautères, moxas, purgatifs et vomitifs. D'autre part, synapismes, ventouses sèches et autres moyens dont la mission est d'irriter les parties, sans en opérer la solution de continuité.

3° Les saignées copieuses, les expédients capables de rétablir l'énergie des forces, le musc et le camphre, l'application de l'eau froide ou de la glace pilée sur la tête, constituent les autres moyens thérapeutiques.

On pourrait encore pousser plus loin cette énumération. Mais ce n'est pas dans la connaissance d'un plus grand nombre de substances médicamenteuses que consiste l'art de guérir, comme on le pense communément. On ne voit pas que, s'il en était ainsi, l'apothicaire le moins renommé l'emporterait sur le praticien le plus illustre. Pour nous, l'art de traiter une maladie se résume dans l'art de saisir les indications.

I. Lorsque le ramollissement se lie à l'existence d'une inflammation, il faut s'attacher à combattre cette dernière, pour s'opposer à son développement ou pour

l'arrêter dans sa marche. Les règles à suivre, en pareil cas, ne sont pas aussi faciles qu'on le croit; il semble que l'on doive tout simplement prodiguer les antiphlogistiques; c'est du reste la marche que l'on a suivie, pendant le regne de l'*irritabilité locale*. Cette dernière méthode est fort simple, fort attrayante; c'est un bel appas jeté au monde médical; mais en lui se trouve caché l'hameçon de la déception et de l'erreur. Aujourd'hui on commence pourtant à ne plus s'y laisser prendre, grace aux principes de notre école. Que les incrédules, et il en existe encore, reconnaissent donc que l'inflammation n'est pas *une* dans sa nature! Elle marche, selon nous, à côté de l'âge, du sexe, du tempérament, de la constitution, des climats, etc., d'où elle puise toutes ses particularités de nature. Elle s'identifie avec un état bilieux, typhoïde, scrofuleux, avec une affection goutteuse, rhumatismale, vénérienne, psorique. L'existence d'une atmosphère spéciale lui imprime des caractères qui constituent son essence, etc.

Dans la thérapeutique du ramollissement cérébral inflammatoire, nous aurons donc à tenir compte de toutes ces circonstances.

1° L'élément fluxionnaire, qui se lie à l'existence d'un ramollissement inflammatoire, ne réclame pas toujours les mêmes moyens thérapeutiques. Ceux-ci varient, selon la période de la maladie, *le pars mandans et le pars recipiens*, etc.

Dans l'*imminence* d'un ramollissement cérébral, la fluxion n'est pas encore fixée; toute l'économie prend

part à son développement ; et c'est, pour cela même, que, si l'on établit vers un point en sympathie avec le cerveau, une contre-fluxion, cette dernière pourra déterminer la décomposition du mouvement fluxionnaire cérébral. Ce but s'obtient à l'aide des attractifs-révulsifs et non à l'aide des attractifs-dérivatifs. A cette même époque, pour favoriser l'action des attractifs-révulsifs, on peut faire usage des réfrigérans céphaliques.

Lorsque le ramollissement est *formé*, la fluxion est parvenue à l'état fixe ; elle est beaucoup moins active qu'auparavant ; elle est concentrée, comme isolée dans l'organe qui en est le terme. Ce dernier sympathise peu, vers cette époque, avec les parties éloignées; le contraire a lieu pour les parties voisines. Alors il convient de faire usage des attractifs dérivatifs, dans le même but que précédemment. Ici se présentent la saignée de la jugulaire, l'application des sangsues aux apophyses mastoïdes, ventouses scarifiées, séton, moxas et vésicatoire à la nuque; à titre de révulsifs, quelques purgations fortes.

Dans le ramollissement *achevé*, la fluxion n'existe plus ; mais les parties ramollies en présentent encore les traces. Elles sont plus on moins rouges, plus ou combinées avec le sang. Les attractifs-dérivatifs, sans émission sanguine, conviennent.

Si *le pars mandans* est constitué par tous les organes, de manière que l'un ne paraisse pas prendre une part plus active que l'autre à la formation de la fluxion, les principes, dont on vient de parler relativement à son

traitement, doivent être mis en pratique avec confiance. Si *le pars mandans* se rattache, dans la formation de la fluxion cérébrale, à un organe d'une manière évidente, le moyen principal est d'attaquer ce dernier par la méthode dérivative.

2° L'élément fluxionnaire peut se joindre à un état pléthorique ou à un orgasme de la masse du sang. Il faut alors faire précéder le traitement de l'élément fluxionnaire par des saignées copieuses, par un régime tempérant, etc.

3° L'élément fluxionnaire se trouve sous la prédominance d'un état bilieux. On ne doit pas craindre alors de faire vomir, sous prétexte que l'on augmentera, par ce moyen, l'afflux du sang dans l'intérieur de la tête. Mais, avant de donner l'émétique, on fera saigner le malade. Des cas de ce genre se rencontrent dans l'ouvrage d'Abercrombie.

4° Si l'élément fluxionnaire se lie à l'existence d'un état typhoïde, l'usage des toniques, des excitants et des antiphlogistiques formera la base du traitement. Il faut du reste beaucoup de discernement et de sagacité dans ces cas difficiles. D'une part il faut craindre de débiliter le malade; d'autre part, l'on doit redouter toute excitation qui tournerait au profit de l'état fluxionnaire cérébral. A l'hôpital, et dans le service de M. le doyen Caizergues, nous avons eu l'occasion de rencontrer de faits semblables. Nous avons été à même de juger, à ce sujet, de la perspicacité analytique de ce digne professeur.

5° On conçoit aussi qu'une affection goutteuse, scrofuleuse, rhumatismale, psorique, vénérienne, etc., puisse donner naissance à un ramollissement inflammatoire. Un exemple de ce genre s'est présenté l'an dernier, dans la salle des blessés civils. L'individu, qui en fut atteint, présentait tous les signes de la diathèse syphilitique. En pareille occurence, les indications ne se résument pas dans celles qui ont pour objet de combattre l'élément fluxionnaire cérébral.

6° Il est des cas plus difficiles que ceux que je viens d'énumérer. Ici les indications thérapeutiques sont incertaines; ce n'est que par des tâtonnemens répétés qu'on parvient à les saisir. On emploiera bien, à la vérité, les antiphlogistiques pour déplacer, dès le principe, l'élément fluxionnaire cérébral, pour le modérer, le résoudre; tout est inutile. Il existe une cause cachée, inconnue dans son essence, qui fait le caractère de la maladie; et ce n'est qu'à condition de connaître cette cause, que l'on peut être réellement utile au malade, sûr que l'on est alors de remplir toutes les indications thérapeutiques. L'épidémie d'Aiguesmortes nous en fournit un tableau remarquable. Je parle de cette épidémie, non pour prétendre qu'il s'agissait toujours d'un ramollissement cérébral, mais parce que je suis persuadé que, parmi les cas nombreux de méningite cérébro-rachidienne, maintes et maintes fois l'inflammation de la pulpe cérébrale a dû se présenter.

II. Lorsque le ramollissement cérébral est *idiopathique*, le premier soin du médecin doit être de se faire

une idée exacte de la cause qui lui a donné naissance. Ces causes ont été examinées à la page 70 et suivantes de notre travail.

Donner des indications spéciales pour chaque genre de causes, tel n'est pas mon but. La tâche à remplir serait trop difficile. Et puis, elles ne devront être bien saisies qu'au lit du malade.

Mais, au moins, il y a chez moi conviction intime que l'on doit s'abstenir de tout moyen débilitant. Dans la première et la seconde période, on peut conseiller avec avantage des attractifs, tels que synapismes, vésicatoires aux membres et à la tête, moxas, séton, quelques légers purgatifs, etc. Les toniques, les excitants aromatiques, seront aussi convenablement mis en usage. Dans la troisième période, ces derniers doivent être uniquement employés.

Tels sont les seuls préceptes thérapeutiques que puissent avouer l'analyse, l'expérience et l'induction.

FIN DE LA THÈSE.

QUESTIONS DE THÈSE

ÉCHUES PAR LE SORT.

SCIENCES ACCESSOIRES.

Comment reconnaître l'acide cyanhydrique mêlangé avec la matière des vomissemens? Lorsqu'on suppose qu'une personne à été empoisonnée par l'acide cyanhydrique, on recueille les matières vomies et celles qui se trouvent dans l'estomac. On les met dans une cornue, à laquelle on adapte un tube courbé à angle droit. On chauffe doucement la cornue; et l'acide cyanhydrique se dégage par l'effet de cette chaleur.

Alors si l'on fait passer l'acide cyanhydrique sur du fer en contact avec l'eau, il y a décomposition de cette dernière : l'oxigène se porte sur le métal, et l'hydrogène se dégage. Il y a en même temps formation d'un précipité d'un très beau bleu, appelé bleu de prusse ou cyanhydrate de fer.

2° Les oxides des cinq métaux de la première section, potassium, sodium, lithium, barium et strontium, forment avec cet acide des cyanures, tandis que l'hydrogène se dégage.

3° Le peroxi le de mercure, mis en contact avec cet acide, se décompose en oxygène qui s'unit à l'hydrogène de l'acide pour former de l'eau, tandis que le cyanogène et le mercure se combinent pour former du cyanure de mercure.

4° Lorsqu'on fait réagir une solution de cet acide sur du sulfate de cuivre, il y a formation d'un corps brun rougeatre.

—

ANATOMIE ET PHYSIOLOGIE.

Quel est le mode de développement du crémaster ? On appelle ainsi le muscle qui est destiné à tenir suspendu le testicule. Selon qu'il est en contraction ou dans le relâchement, ce dernier organe se trouve fortement porté en haut, ou en bas. Tels sont ses usages.

Il s'agit de savoir comment se développe le crémaster? La réponse est facile. Le testicule, avant la naissance de l'enfant, se trouve contenu dans l'abdomen; à mesure que la vie extra-utérine approche, le testicule est entraîné dans le scrotum, tiraillé qu'il est dans ce sens par le *gubernaculum testis*. Par conséquent, c'est à la descente du testicule hors de la cavité abdominale qu'est dû le développement du crémaster.

Le *gubernaculum testis* tient d'une part à la queue de l'épididyme, et à quelques fibres du petit oblique interne; d'autre part, au corps caverneux du pénis.

—

SCIENCES MÉDICALES.

Des caractères chimiques que présente l'urine dans certaines affections de l'appareil urinaire? L'urine est un fluide excrémentiel, séparé du sang artériel par les reins et conduit par les uretéres dans la vessie, d'où il est rejeté au dehors par le canal de l'urèthre.

On connaît les caractères physiques de cette liqueur. Chez l'homme adulte en état de santé, elle est d'un jaune ambré, transparente, d'une odeur aromatique particulière qui disparaît par le refroidissement pour reparaître de nouveau lorsqu'on la chauffe; sa saveur est salée, un peu acre et amère; sa pesanteur spécifique surpasse celle de l'eau. Mais, pour que ces propriétés soient constatées, il faut se servir de l'urine *de coction*, celle-là même que l'on rend le matin; cette autre, que l'on désigne sous le nom d'urine *de boisson* et que l'on rend après le repas, ne saurait avoir les mêmes caractères. Cette dernière, en effet, est à peine colorée et presque dépourvue de toute saveur.

Sous le rapport de ses propriétés chimiques, l'urine offre un très grand nombre de principes, tels que l'eau, l'urée, le chlorure de sodium, l'acide urique, le sulfate de potasse et de soude, le phosphate de soude, le phosphate de chaux et de magnésie, le lactate d'ammoniaque, etc.

Je devais dire un mot de ces propriétés physiques et chimiques de l'urine, pour pouvoir juger de son altération dans certaines maladies de l'appareil urinaire.

Mon but n'est pas de faire de cette question une nouvelle dissertation; je serai par conséquent très court.

1° *Urine albumineuse.* L'urine, qui possède réellement ce caractère, ne diffère pas ordinairement, par son aspect physique de l'urine saine; mais elle se trouble ou se coagule par l'action de la chaleur, surtout si on y ajoute une petite quantité d'acide nitrique, dans le cas où elle serait alcaline. Il peut se faire aussi que l'urine soit naturellement trouble, et forme un dépôt d'albumine insoluble; ce cas se présente, lorsque la quantité d'albumine est considérable et s'accompagne d'une acidité marquée du liquide. La valeur séméiologique à donner à la présence d'une urine semblable, varie beaucoup; mais ordinairement, elle se lie à une affection particulière des reins, connue sous le nom de maladie de Bright. Nous avons remarqué, dans l'hôpital St-Eloi, un gendarme qui en était affecté.

2° *Urine hématurique.* L'urine peut se trouver mêlangée à une quantité plus ou moins considérable de sang; ce qui peut provenir d'une hémorrhagie qui s'est opérée dans les reins, dans la vessie, ou dans le canal de l'urèthre; cette hémorrhagie peut dépendre de causes diverses qui constituent la maladie à proprement parler.

Voici donc quels sont les caractères de cette urine : sa couleur est rouge; cette couleur disparaît par la coagulation au moyen de la chaleur ou de l'acide nitrique.

3° *Urine purulente.* La présence du pus dans les urines tient à des causes de nature diverse : une mé-

tastase rhénale, un abcès de la vessie, etc. On la reconnaît à sa teinte laiteuse et au *coagulum* blanc produit par la chaleur et les acides, *coagulum* d'où l'alcool et surtout l'éther extraient une matière grasse et fétide.

4° *Urine gravelleuse*. On sait quelle valeur on doit accorder à ces urines. Tantôt les graviers sont sensibles à la vue; d'autrefois ils sont tellement petits qu'ils se trouvent suspendus dans l'urine sous forme de poussière impalpable, mais que l'on constate par le repos des urines. Indépendamment de ce caractère, les urines sont acides ou alcalines, selon le principe qui forme la base des graviers.

Je m'en tiens là, persuadé que cela suffit pour remplir une obligation.

—

SCIENCES CHIRURGICALES.

Quelles sont les altérations immédiates du tissu osseux dans le rachitisme, aux diverses époques de cette maladie, et quelles sont les causes connues ou palpables de ces altérations? Les médecins ayant de tous les temps varié d'opinion sur le rachitisme, les altérations pathologiques des os ont du nécessairement aussi varier pour eux. Telle ou telle lésion a été considérée par les uns, comme un symptôme du rachitisme, tandis que les autres la considéraient comme appartenant à une autre maladie. Sans motiver ici notre opinion, nous énonçons, comme une proposition prouvée,

que le rachitisme n'est autre chose que la maladie scrofuleuse des os. Le rachitisme est donc un terme général qui désigne que le squelette est sous l'influence de la maladie scrofuleuse.

Le premier effet de l'affection rachitique, c'est le ramollissement des os; mais il ne faut pas confondre avec le ramollissement scrofuleux une maladie rare, il est vrai, qui se manifeste surtout chez les femmes, à l'époque de la cessation des regles, et qui dépend d'une autre cause que je ne chercherai point à apprécier. Ce sont ordinairement les os longs qui sont affectés les premiers par le ramollisseent rachitique. Les os des membres inférieurs s'incurvent à cause du poids du corps qu'ils ont à supporter. Quant à ceux des membres supérieurs, leur incurvation n'est jamais aussi prononcée; lorsqu'elle survient, elle est le produit des contractions musculaires. Les côtes sont déformées par l'acte respiratoire lui-même. Enfin la colonne vertébrale obéit à son tour à l'action des viscères en avant. Les os qui sont ainsi frappés de ramollissement rachitique sont plus légers que de coutume. Leur couleur est rouge ou jaune, le tissu aréolaire se développe aux dépens du tissu compacte; il est abreuvé par une sanie rougeatre qu'on peut quelquefois exprimer par la pression. Dans les os courts, le diploé se développe; dans les os longs, le tissu spongieux devient plus considérable; il ne reste plus dans les uns et les autres qu'une légère couche de substance compacte. Dans les os longs, le canal médullaire disparaît par la dilatation

du tissu spongieux. S'il se conserve, il est rempli par un fluide séreux rougeâtre et fétide.

Dans le rachitisme porté à un degré plus avancé, que celui dont nous venons de parler, il y a développement de tubercules dans le tissu même des os. Ces tubercules se développent dans le tissu spongieux des os, dans le corps des vertèbres, au voisinage des grandes articulations. Ils sont à l'état de crudité ou à l'état d'infiltration. A une époque plus avancée encore les tubercules se ramollissent, suppurent, et donnent naissance à des foyers purulents que l'on a désignés sous le nom d'abcès par congestion. En même temps apparaissent ces déviations de la colonne vertébrale connues sous le nom de gibbosités.

Quant aux causes connues ou palpables de ces altérations, nous trouvons l'affection scrofuleuse ; comme prédisposant à cette dernière, l'habitation dans les lieux bas et humides, mal éclairés ; l'usage d'une mauvaise nourriture, etc.

FIN.

Faculté de Médecine de Montpellier.

PROFESSEURS.

MM.	CAIZERGUES, Doyen, Président.	*Clinique médicale.*
	BROUSSONNET.	*Clinique médicale.*
	LORDAT.	*Physiologie.*
	DELILE.	*Botanique.*
	LALLEMAND.	*Clinique chirurgicale.*
	DUPORTAL.	*Chimie médicale et Pharmacie.*
	DUBRUEIL.	*Anatomie*
	DELMAS.	*Accouchements.*
	GOLFIN.	*Thérapeut. et Matière médic.*
	RIBES.	*Hygiène.*
	RECH.	*Pathologie médicale.*
	SERRE.	*Clinique chirurgicale.*
	J.-E. BÉRARD.	*Chimie génér. et Toxicologie.*
	RENÉ. *Examinateur.*	*Médecine légale.*
	RISUENO D'AMADOR.	*Pathologie et Thérapeut. gén.*
	ESTOR,	*Opération et Appareils.*
	BOUISSON.	*Pathologie externe.*

AGRÉGÉS EN EXERCICE.

MM.	MM.
BATIGNE.	POUJOL,
BERTIN.	TRINQUIER.
DELMAS fils.	LESCELLIERE-LAFOSSE.
VAILHÉ, *Examinat.*	FRANC.
BROUSSONNET, fils.	JALLAGUIER.
TOUCHY.	BORIES, *Examinateur.*
VIGUIER.	BERTRAND.
JAUMES.	

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées, doivent être considerées comme propres à leurs auteurs, qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation

SERMENT.

En présence des maîtres de cette école et de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être-Suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux n'y verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira point à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime. Respectueux envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfans l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime, si je suis fidèle à mes promesses; Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères, si j'y manque.